

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

Куттубаев О.Т. - д.м.н., проф.каф.фундамен.дисциплин
Луи Лутан - 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 медакадемии 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., «Мээмандык 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 дареги:
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.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Жантуриев Б.М., Акажанов Н.А., Бахтиярова М.А., Карибаева Д.О., Ешманова А.К., Акынбеков К.У. Опыт создания и деятельности Центра первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова.....10

Калмаханов С.Б., Жантуриев Б.Ж., Акынбеков К.У. Изучение удовлетворенности лиц пожилого возраста качеством медицинского обслуживания и определение потребности в медико-социальных услугах.....13

Муратова Ж.К., Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А. Распространенность атопического дерматита среди школьников, проживающих в г. Жалал-Абад по данным ISAAC.....16

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Жанганбаева М.Т. Морфометрические показатели лимфангионов выносящих лимфатических сосудов бронхолегочных лимфатических узлов у взрослых людей.....19

Жанганбаева М.Т. Распределение миоцитов в капсуле бронхолегочных лимфатических узлов у детей периода новорожденности.....22

Сагынбекова Э.С., Айдарбекова З.М., Калугина О.П. Сапакунова К.Ш. Морфометрия стенки бедренной артерии у крыс после воздействия гиперкинезии.....25

Садырбекова Ш.Ж., Тухватшин Р.Р. Современное понимание патогенеза гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии.....28

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Атабаев И. Н., Ибрагимова М.Ж., Белов Г.В. Сравнительное клиническое исследование влияния кумыса, напитка Актык и углекислой минеральной воды на моторную функцию кишечника у женщин с метаболическим синдромом.....31

Гайназарова А.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р. Клинический случай сочетания декстрокардии и нарушений ритма сердца.....35

Халимова С.Д., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д. Физические методы лечения в комплексной реабилитации больных с нейросенсорной тугоухостью (научный обзор).....38

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

Абдыкеримова Н.А., Ниязалиева М.С., Адамбеков Д.А., Тойгомбаева В.С, Мустафина Ф.С. Заболеваемость гнойными бактериальными менингитами детей дошкольного возраста в Кыргызской Республике.....41

Мингазова Э.Н., Шагалева Ж.З., Борханова Э. Г. Скрининг диабетической ретинопатии с оценкой факторов риска у детей с сахарным диабетом 1 типа.....45

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Эшенкулова А. С. Показатели микроядерного теста у лиц контактирующих с нефтепродуктами.....47

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Абдисаматов Б.С., Алиев М.Ж., Ниязбеков К.И., Максут у Э., Макамбай к А. Клинико-экспериментальное обоснование способа обеззараживания при эхинококкозе печени.....50

Алиев М.Ж., Эсенбаев Ж.Ж., Вагнер Н.А., Шерматов М.Б., Мамыров М.Ж. Болезнь Фурнье, случаи из практики.....54

Закиров Т.М. Ведение больных хроническим гипертрофическим ринитом в послеоперационном периоде с применением хитозанового геля.....58

Закиров Т.М. Применение радиочастотных методов хирургического лечения хронического тонзиллита.....61

Мусаев А.И., Жаманкулова М.К.,Самарбеков. Н.С. Современные подходы к лечению паховых грыж.....63

Омурбеков Т.О., Султанаalieва А.С. , Кадыркулов А.Ж. Гнойно хирургические воспалительные заболевания новорожденных.....66

Сыдыгалиев К.С., Мамбетов А.К., Шералиев Т.У., Бусурманкулов М.Б. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей верхней конечности (клиническое наблюдение).....69

Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С., Закирова Г.Ш., Набиев А.Н. Сравнительный анализ качества жизни больных после лапароскопической и лапаротомной холецистэктомии.....74

СОДЕРЖАНИЕ

ВОПРОСЫ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

Джумабеков С.А., Тайланов А.Ж., Жунусов Б.Ж. Анализ травм и переломов ключицы в Жалал-абадской области.....	77
Раззоков А.А., Хисомов Х.К. Сравнительный анализ результатов диагностики застарелых повреждений передних крестообразных связок.....	81
Хисомов Х.К. Раззоков А.А. Малоинвазивные методы ксенолаванопластики застарелых повреждений передних крестообразных связок.....	85

ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Атамбаева Р.М., Исакова Ж. К. Проблемы репродуктивного здоровья женщин и девушек-подростков в этнокультуре кыргызов.....	89
Батырбекова Г.Т. Репродуктивная функция женщин, перенесших органосохраняющие операции в родах.....	94
Бектурсунов Т.М., Сабыр кызы Айпери Оценка факторов риска врожденных пороков развития при внутриутробной инфекции у детей.....	97
Осмоналиева А.Т. Ультразвуковые показатели эндометрия при маточных кровотечениях у женщин в климактерическом периоде.....	101
Теппеева Т.Х., Мусуралиев М.С., Тулебеков Б.Т. Показатели гуморального звена иммунитета у женщин с различным течением климактерия, проживающих в Кыргызстане.....	104

ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ И КАРДИОХИРУРГИИ

Абдраманова Б.К., Тюркоглу Т., Асаналиев М.И. Фетальная эхокардиография в диагностике врожденных пороков сердца....	107
Асаналиев М.И., Тюркоглу Т., Батыралиев Т.А. Анализ результатов аортокоронарного шунтирования в условиях искусственного кровообращения	110

ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

Талайбекова С.Т. Микроядерный тест – в качестве скрининга в онкологии.....	113
--	-----

ВОПРОСЫ МИКРОБИОЛОГИИ

Бармакова А.М., Адамбеков Д.А., Рамазанова Б.А., Буркитбаева Д. Б. Стафилококконосительства среди студентов-медиков.....	116
Бармакова А.М., Адамбеков Д.А., Рамазанова Б.А., Буркитбаева Д.Б. Анкетирование студентов-медиков для выявления стафилококконосителей.....	118
Бисекенова А. Л., Адамбеков Д. А., Рамазанова Б. А., Чакемова Г. С. Этиологическая структура инфекций, вызванных грамотрицательными микроорганизмами в хирургических стационарах г. Алматы и профиль их антибиотикорезистентности..	120
Джумаев А.М., Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Ниязалиева М.С. К вопросу о распространенности Haemophilus influenzae в Кыргызской Республике.....	125
Пономарева Т. С. Динамика антигенспецифических показателей иммунного ответа у людей, вакцинированных живой чумной вакциной.....	128

ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ

Мукашев М.Ш., Джанболотов С., Бречко А. Структурная характеристика смертности от странгуляционной механической асфиксии – повешения, как следствие суицида.....	133
---	-----

ВОПРОСЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Кенджаева Д.О., Усенко В.А. Эффективность комплексного лечения больных с близорукостью при патологии шейного отдела позвоночника.....	136
---	-----

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ И ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНЕ

Тентигул кызы Назира Народная хирургия и некоторые методы лечения в эпосе “Манас”.....	140
Усупова Ч.С. Медицина и нравственные ценности.....	143

САЛАМАТТЫКТЫ УЮШТУРУУ

Жантуриев Б.М., Акажанов Н.А., Бахтиярова М.А., Карибаева Д.О., Ешманова А.К., Акынбеков К.У. С.Д. Асфендияров атындагы КАЗММУнун баштапкы жана медициналык-санитардык жардам берүү борборунун түзүлүү жана ишмердүүлүк тажрыйбасы.....	10
Калмаханов С.Б., Жантуриев Б.Ж., Акынбеков К.У. Улгайган адамдардын медициналык тейлөөгө канааттануусун жана медициналык-социалдык кызматына муктаждыгын изилдөө.....	13
Муратова Ж.К., Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А. ISAAC маалыматтары боюнча Жалал-Абад шаарында жашаган мектеп окуучуларынын арасында атопиялык дерматиттин жайылуусу.....	16

ФУНДАМЕНТАЛДЫК МЕДИЦИНА

Жанганнаева М.Т. Чон адамдардын бронхоөпкөлүк лимфа бездеринин чыгаруучу лимфа тамырларынын лимфангиондорунун морфометриялык көрсөткүчтөрү.....	19
Жанганнаева М.Т. Жаны төрөлгөн балдардын бронхоөпкөлүк лимфа бездеринин чел кабыгында миоциттердин жайгашышы.....	22
Сагынбекова Э.С., Айдарбекова З.М., Калугина О.П. Сапакунова К.Ш. Келемиштин гиперкнезиядан кийинки таасиринин сан артериясынын капталдардын морфометриясы.....	25
Садырбекова Ш.Ж., Тухватшин Р.Р. Гипертоникалык дисциркулятордук энцефалопатияга азыркы замандагы болгон көз караш.....	28

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Атабаев И. Н., Ибрагимова М.Ж., Белов Г.В. Сравнительное клиническое исследование влияния кумыса, напитка Актык и углекислой минеральной воды на моторную функцию кишечника у женщин с метаболическим синдромом.....	31
Гайназарова А.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р. Клинический случай сочетания декстрокардии и нарушений ритма сердца.....	35
Халимова С.Д., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д. Физические методы лечения в комплексной реабилитации больных с нейросенсорной тугоухостью (научный обзор).....	38

ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Абдыкеримова Н.А., Ниязалиева М.С., Адамбеков Д.А., Тойгомбаева В.С, Мустафина Ф.С. Кыргыз Республикасындагы мектепке чейинки балдардын ириндүү бактериалдык менингит оорусуна чалдыгуусу.....	41
Мингазова Э.Н., Шагалева Ж.З., Борханова Э. Г. Кант диабети менен балдардын коркунучтар баа менен диабетикалык ретинопатия үчүн скрининг.....	45

ГИГИЕНА ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Эшенкулова А. С. Нефть продуктылары менен контакт болгон адамдардын микроядролук тестинин көрсөткүчтөрү.....	47
---	----

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Абдисаматов Б.С., Алиев М.Ж., Ниязбеков К.И., Максут у Э., Макамбай к А. Боордун эхинококкоз даргынын мите-курттарын зыянсыздандырууда клиникалык-эксперименталдык негизиндеги ыкма.....	50
Алиев М.Ж., Эсенбаев Ж.Ж., Вагнер Н.А., Шерматов М.Б., Мамыров М.Ж. Хирургиялык тажрыйбада кездешкен Фурнье даргы.....	54
Закиров Т.М. Өнөкөт гипертрофиялык ринити операциялык кийинки дарылоо мезгилде хитозан гелин колдонуу ыкмасы.....	58
Закиров Т.М. Эндоскопиялык аз инвазивдүү радиожиштыгын өнөкөт тонзиллите колдонуу ыкмасы.....	61
Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Самарбеков Н.С. Чурай чуркуну дарылоонун заманбап ыкмалары.....	63
Омурбеков Т.О., Султаналиева А.С., Кадыркулов А.Ж. Ымыркайлардын ирин илдет хирургиялык оорулары.....	66
Сыдыгалиев К.С., Мамбетов А.К., Шералиев Т.У., Бусурманкулов М.Б. Колдун жумшак ткандарынын анаэробдук неклостридиалдык инфекциясы (клиникалык байкоо жүргүзүү).....	69
Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С., Закирова Г.Ш., Набиев А.Н. Бейтаптардын лапаротомдук жана лапароскопиялык холецистэктомиядан кийин эрте кайра калыбына келтирүү убагында жашоо сапатына тийгизген таасири.....	74

ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Джумабеков С.А., Тайланов А.Ж., Жунусов Б.Ж. Жалал-Абад аймагындагы жаракаттуулук жана акыркы сыныктарынын анализи.....	77
Раззоков А.А., Хисомов Х.К. Алдыңкы кайчылаш тарамыштын эски жаракатын аныктоонун жыйынтыгынын салыштырмалуу талдоосу.....	81
Хисомов Х.К. Раззоков А.А. Алдыңкы кайчылаш тарамыштын эски жаракат ксенолавансано-пластикасынын аз ивазивдүү ыкмасы.....	85

АКУШЕРДИК ЖАНА ГИНЕКОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Атамбаева Р.М., Исакова Ж. К. Кыргыздын этномаданиятындагы аялдардын жана өспүрүм кыздардын жыныздык саламаттыгынын проблемалары.....	89
Батырбекова Г.Т. Тукум улоо мүмкүнчүлүгү сакталган аялдардын репродуктивдүү функциясы.....	94
Сабыр кызы Айпери, Бектурсунов Т.М. Балдардын курсакта кездеги инфекциясынын тубаса кемтиктердин пайда болушунда кооптуу факторлордун таасирин баалоо.....	97
Осмоналиева А.Т. Климатерикалык мезгилиндеги аялдардын жатын кан агуу учурундагы эндометрийдин ультра добуштук көрсөткүчтөрү.....	101
Теплеева Т.Х., Мусуралиев М.С., Тулебеков Б.Т. Кыргызстандагы климатерий синдромунун ар түрдүү агымдары менен жабыркаган аялдардын иммунитетинин гуморалдык звеносунун көрсөткүчтөрү.....	104

КАРДИОЛОГИЯ ЖАНА КАРДИОХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Абдраманова Б.К., Тюркоглу Т., Асаналиев М.И. Жүрөк тубаса жалгоо дабасына диагноз коюуда феталдык эхокардиография.....	107
Асаналиев М.И., Тюркоглу Т., Батыралиев Т.А. Жасалма кан айлануу шартында аортокоронардык тамырлоо операцияларынын натыйжасын иликтөө.....	110

ОНКОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Талайбекова С.Т. Микроядролук тесттин онкологияда скрининг катары колдонулушу.....	113
--	-----

МИКРОБИОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Бармакова А.М., Адамбеков Д.А., Рамазанова Б.А., Буркитбаева Д. Б. Студент-медиктердин арасында стафилококк жуктуруучулук.....	116
Бармакова А.М., Адамбеков Д.А., Рамазанова Б.А., Буркитбаева Д.Б. Стафилококк жуктуруучуларды аныктоо үчүн студент-медиктерди сурамжылоо.....	118
Бисекенова А. Л., Адамбеков Д. А., Рамазанова Б. А., Чакемова Г. С. Алматы шаарынын хирургиялык стационарларында терс грамдык микроорганизмдер чакырган инфекциялардын этиологиялык түзүлүшү жана алардын антибиотиктик резистенттүүлүк багыты.....	120
Джумаев А.М., Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Ниязалиева М. Кыргыз Республикасында Haemophilus influenzae В серотиптин таркалышынын суроосуна.....	125
Пономарева Т. С. Жандуу жара вакцинаны алган адамдардын организмдин иммундук жооп антигенспецификалык көрсөткүчтөрдүн динамикасы.....	128

ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ Ожара вакцина

Мукашев М.Ш., Джанболотов С., Бречко А. Өзүн өзү өлтүргөндөрдүн арасындагы механикалык асфиксиянын-муунуп өлүүнүн тутуму.....	133
---	-----

ВОПРОСЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ

Кенджаева Д.О., Усенко В.А. Алысты жакшы көрө албаган ооруулардын ОМБ жабыркоосу менен коштолгондогу абалын комплекстик дарылоонун натыйжалуулугу.....	136
--	-----

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ И ФИЛОСОФИИ В МЕДИЦИНЕ

Тентигул кызы Назира “Манас”эпосундагы элдик салттуу хирургия жана анын айрым методдору.....	140
Усупова Ч.С. Медицина жана адептик баалуулуктар.....	143

CONTENTS

HEALTH CARE

Janturiev B.M., Akajanov N.A., Bahtiyarova M.A., Karibaeva D.O., Eshmanova A.K., Akynbecov K.U.
The experience of creation and operation of Primary Health Care (PHC) Center in Asfendiyarov KazNMU.....10

Kalmahanov S.B., Janturiev B.J., Akynbekov K.U. The study of satisfaction of aged people with the quality of health care and need in medico-social service.....13

Muratova J.K., Brimkulov N.N., Sulaimanov Sh.A. Problems and solutions of chronic urticaria in Southern Kyrgyzstan.....16

FUNDAMENTAL MEDICINE

Janganaeva M.T. Morphometric parameters of lymphangions efferent lymph vessels of bronchopulmonary lymph nodes in adults.....19

Janganaeva M.T. Distribution of myocytes in the capsule bronchopulmonary lymph nodes in children during the neonatal period.....22

Sagynbekova E.S., Aydarbekova Z.M., Kalugina O.P., Sapakunova K.Sh. Morphometry of the wall of the femoral artery in rats after exposure to hypokinesia.....25

Sadyrbekova Sh.J., Tuhvatshin R.R. Contemporary understanding of pathogenesis of hypertensive discirculatory encephalopathy.....28

INTERNAL MEDICINE

Atabaev J.H., Ibragimova M.J., Belov G.V. Comparative clinical studies involving koumiss, beverage Aktyk and carbon mineral water on the motor bowel function in women with metabolic syndrome.....31

Gaynazarova A.S., Ibragimova T.M., Kaliev R.R. Clinical case of the combination of dextrocardia and situs inversus with arrhythmias.....35

Khalimova S.D., Nasyrov V.A., Alymkulov R. D. Physical methods of treatment and complex rehabilitation of patients with neurosensory hearing loss (scientific review).....38

PEDIATRICS

Abdykerimova N.A., Nuyazalieva M.S., Adambekov D.A., Toygombaeva V.S., Mustafina F.S. The morbidity of purulent bacterial meningitis among preschool children in the Kyrgyz Republic.....41

Mingazova E.N., Shagaleeva Zh.Z., Borhanova E. G. Screening for diabetic retinopathy with the assessment of risk factors in children with diabetes.....45

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

Eshenkulova A.S. The indications of micronucleic test of people, contacting with petroleum products.....47

SURGERY

Abdisamatov B.C., Aliev M.J., Nijazbekov K.I., Maksut u. E., Makambay k. A. Clinical and experimental basis of the method of disinfection in the liver echinococcosis.....50

Aliev M.J., Esenbaev J.J., Vagner N. A.,Shermatov M.B., Mamyrov M.J. Fournier's disease, cases of practice.....54

Zakirov T.M. Application of chitosan gel in the early postoperative period in sheiver plastics of hypertrophic rhinitis.....58

Zakirov T.M. Endoscopic radio-frequency tonsillectomy for chronic tonsillitis.....61

Musaev A.I., Zhamankulova M.K., Samarbekov N.S. Modern methods in inguinal hernia treatment.....63

Omurdekov T.O., Sultanalieva A.S., Kadyrculov A.G. Pus-infectious inflammatory diseases in newborns.....66

Sydygaliev K. S., Eraaliev B. A., Mambetov A. K., Djusupbekov S. D., Sheraliev T. U., Busurmankulov M. B.
Anaerobic non-clostridial infection of soft tissues of upper limb (clinical observation).....69

Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С., Закирова Г.Ш., Набиев А.Н. Сравнительный анализ качества жизни больных после лапароскопической и лапаротомной холецистэктомии.....74

TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDIC

Djumabekov S.A., Tailanov A.J., Gunusov B.J. analysis of population traumatism and fractures of the clavicle Jalal-abad region.....77

Razzokov A.A., Khisomov Kh.K.

Comparative analysis of diagnostic results of old damages of anterior cruciate ligament.....	81
Khisomov Kh.K., Razzokov A.A. Low invasive methods of xenolavsanplastic of old damages of anterior cruciate ligament.....	85
OBSTETRICS AND GYNECOLOGY	
Atambaeva R.M., Isakova J.K. The reproductive health's problems of women and girls in the ethnic culture of the Kyrgyz.....	89
Batyrbekova G.T. Reproductive function of the women who underwent organ-preserving operations in childbirth.....	94
Sabyr kyzy Ayperi, Bektursunov T.M. Assessment of risk factors of congenital malformations in intrauterine infection in children.....	97
Osmonalieva A.T. Ultrasonic indicators endometrial uterine bleeding in women in menopause.....	101
Teppeeva T.H., Musuraliev M.S., Tulebekov B.T. The indices of humoral immunity component in women with different course of climacterium living in Kyrgyzstan.....	104
CARDIOLOGY AND CARDIOSURGERY	
Abdramanova B.K., Turkoglu T., Asanaliev M.I. Fetal echocardiography in the diagnosis of congenital heart disease.....	107
Asanaliev M.I., Turkoglu T., Batyraliev T.A. Analysis of results coronary artery bypass grafting with cardiopulmonary bypass	110
ONCOLOGY	
Talaibekova S.T. Micronucleus test - as a screening in oncology.....	113
MICROBIOLOGY	
Barmakova A.M., Adambekov D.A., Ramazanova B.A., Burkitbaeva D.B. Stafilococcus carrier among medical students.....	116
Barmakova A.M., Adambekov D.A., Ramazanova B.A., Burkitbaeva D.B. A survey of the medical students to identification on Vehicle of Staphylococcus.....	118
Bissekenova A. L., Adambekov D. A., Ramazanova B. A., Chakemova G. S. Etiological structure of infections caused by Gram-negative microorganisms in the surgical hospitals of Almaty and the profile of their antibiotic resistance.....	120
Jumaev A.M., Adambekov D.A., Aldjambaeva I.Sh., Niyazalieva M.S. To the question of prevalence of Haemophilus influenza in the Kyrgyz Republic.....	125
Ponomareva T. S. Dynamics of antigen specific indices of immune response in people vaccinated with alive plague vaccine.....	128
FORENSIC MEDICINE	
Mukhashev M.Sh. Zhanbolotov S. Brechko A. Structural characterization of deaths from strangulation mechanical asphyxia - hanging, as a result of suicide.....	133
OPHTHALMOLOGY	
Kendjaeva D.O., Usenko V.A. Efficacy of the complex treatment of patients with myopia and pathology of cervical spinal column.....	136
HISTORY AND PHILOSOPHY	
Tentigul kyzy Nazir People's surgery and some methods of treatments in the epic «Manas».....	140
Usupova Ch.S. Medicine and moral values.....	143

ОПЫТ СОЗДАНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП) В КАЗНМУ ИМ.С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Жантуриев Б.М., Акажанов Н.А., Бахтиярова М.А.,

Карibaева Д.О., Ешманова А.К., Акынбеков К.У.

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

Астана, Казахстан

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье описан опыт организации и деятельности Центра ПМСП на базе КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова для оказания амбулаторно-поликлинической помощи студентам и населению г.Алматы в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП). Представленные данные свидетельствуют об эффективности и перспективности данной модели ПМСП.

Ключевые слова: Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи (ГОВМП), первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), Университетская клиника

THE EXPERIENCE OF CREATION AND OPERATION OF PRIMARY HEALTH CARE (PHC) CENTER IN ASFENDIYAROV KAZNMU

Janturiev B.M., Akabanov N.A., Bahtiyarova M.A.,

Karibaeva D.O., Eshmanova A.K., Akynbekov K.U.

Asfendiyarov Kazakh National Medical University

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Almaty, Republic of Kazakhstan

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article describes the experience of PHC Center based on Asfendiyarov KazNMU to provide outpatient care to students and the population of Almaty within the guaranteed volume of free medical care (GVFMC). The data show the effectiveness and prospects of this PHC model.

Keywords: guaranteed volume of medical care (GVFMC), the primary health care (PHC), University clinic.

Актуальность проблемы.

Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан» предусмотрено дальнейшее реформирование системы здравоохранения на основе приоритетного развития социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1,2]. В рамках этого, а также дальнейшего совершенствования интегрированной модели Университетской клиники 6 января 2014 года в составе в Объединенной Университетской Клиники № 2 КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова (далее КазНМУ) был создан Центр ПМСП (далее Центр). Задачей Центра явилось оказание амбулаторно-поликлинической помощи по программе Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) прикрепленным студентам и населению г. Алматы [2,3,4].

Целью данного исследования является изучение опыта деятельности Центра ПМСП в составе Университетской клиники КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова как этапа реформирования системы здравоохранения Казахстана, формирования интегрированной модели Университетской клиники, органично сочетающей теоретические и практические компоненты обучения будущих врачей.

Материалы и методы исследования.

В данной работе использовались методы библиографического, аналитического, логического и статистического анализа.

Полученные результаты и обсуждение.

Центр ПМСП Объединенной Университетской Клиники №2 КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова оказывает амбулаторно-поликлиническую помощь, консультативно-диагностическую, а также стационарзамещающую помощь прикрепленному населению из числа студентов

КазНМУ и Республиканского медицинского колледжа (РМК) с января 2014 года. По состоянию на октябрь 2014 года количество прикрепленного контингента составляло 11049 студента (КазНМУ – 8949, РМК – 2120 студентов). Дополнительно, после проведения компании по свободному выбору организации ПМСП дополнительно был прикреплен контингент студентов Алматинского университета энергетики и связи в количестве 3278 чел., в результате чего общая численность достигла 14 327 человек.

Структурными подразделениями Центра являются: Департамент общей медицины, Женская консультация, Центр поддержки пациента и Отделение медицинской реабилитации (рис.1).

В центре можно получить комплекс услуг у врачей общей практики (ВОП), а также ведущих специалистов КазНМУ и Республики Казахстан по следующим направлениям:

1. Первичную медико-санитарную помощь.
2. Консультативно-диагностические услуги (КДУ) (кардиология, гастроэнтерология, урология, офтальмология, оториноларингология, хирургия, ортопедия, невропатология, эндокринология, травматология, ревматология, стоматология).
3. Медицинскую реабилитологию, осуществляемую в дневном стационаре на 10 коек и лечебно-оздоровительном центре реабилитации «М-FIT».
4. Психопрофилактику и социально-психологическую помощь. Для этого в штате существуют психолог и социолог, а также активно привлекается кафедра коммуникативных навыков КазНМУ.
5. Медицинские услуги в Женской консультации и помощь в планировании семьи в Кабинете планирования



Рис. 1. Структурные подразделения Центра ПМСП



Рис. 3. Маршрут движения пациента в Центре ПМСП

семьи.

6. Диагностические исследования: лабораторные общеклинические исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, кал и соскоб на яйца глист, копрология, моча на желчные пигменты), биохимические исследования (анализ крови на билирубин и его фракции, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, общий белок, мочевины, сахар, креатинин), микрореакция. Функциональная диагностика (ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ органов брюшной полости, почек, рентгенография, флюорография, холтеровское мониторирование ЭКГ, СМАД).

Также в Центре открыты следующие школы: школа артериальной гипертензии, школа бронхиальной астмы, школа здорового образа жизни (ЗОЖ), школа гепатита и другие. Структура Департамента общей медицины представлена на рисунке 2.

Таким образом, организационно-функциональная структура Центра ПМСП КазНМУ воплощает собой идеологию современной социально-ориентированной модели ПМСП.

С целью создания эффективной и доступной системы оказания медицинской помощи в Центре были открыты 2 кабинета первичного приема средним медицинским работником (СМР), где ведут самостоятельный прием 4 медицинские сестры.

В целях интеграции обучения и практики сотрудниками кафедры ПМСП КазНМУ проводятся непрерывно-образовательные модули для СМР на рабочем месте; разработаны карты первичного осмотра пациентов СМР;



Рис. 2. Структура Департамента общей медицины Центра ПМСП

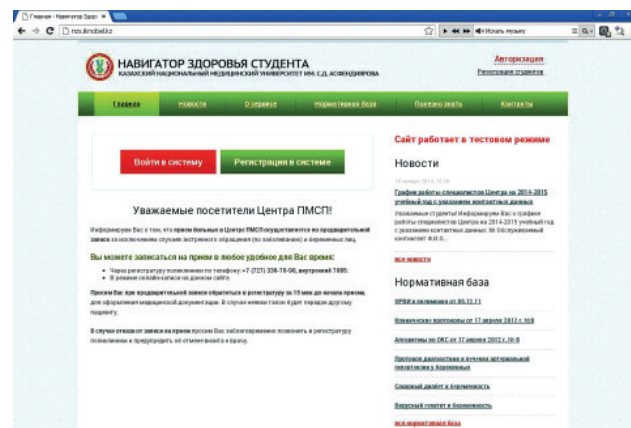


Рис. 4. Электронная база «Навигатор здоровья студента»

маршруты движения пациентов при прохождении диспансеризации и профилактических осмотров, алгоритмы действий СМР при первичном осмотре пациента, критерии направления к врачам ВОП (рис. 3).

Делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам, разработка карты первичного осмотра средним медицинским работником с введением в электронный документооборот позволило уменьшить нагрузку на врачей ВОП почти в 2 раза (до 47%), что в свою очередь предоставило возможность для качественного осмотра пациентов врачами ВОП и интернами кафедры ПМСП.

Уникальной особенностью Центра является то, что на его базе, в структуре участков ВОП организованы учебно-практические микроучастки численностью от 50 до 100 человек для врачей интернов, где они под наблюдением ассистентов кафедры ПМСП проводят прием пациентов. Это позволяет реализовать практический компонент обучения будущих врачей, интегрировать обучение с практикой и создать модель современной Университетской клиники.

С ноября 2014 г. месяца специалистами Центра запущен онлайн ресурс электронного учета «Навигатор здоровья студента», разработанный в рамках внутривузовского гранта университета с реализацией функционала электронного документооборота и электронной очереди, а также позволяющий поддерживать онлайн-связь между пациентом и врачом (рис. 4)

Одним из важных аспектов работы Центра является активное динамическое наблюдение за состоянием

здоровья прикрепленного контингента студентов, включающее комплекс профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий. Внедрение и реализация Программы мониторинга диспансерных больных совместно с курирующими клиническими кафедрами КазНМУ показала эффективность проводимых оздоровительных мероприятий.

Особое внимание уделяется социально-уязвимой категории студентов, в т.ч. инвалидам детства, сиротам, малообеспеченным студентам. Всего инвалидов среди студентов КазНМУ – 59 человек. Всем им проведена медицинская и социальная реабилитация в условиях Центра; пролечены в условиях дневного стационара клиники 39 инвалидов (66,1%), санаторно-курортным лечением охвачены 8 инвалидов (13,5%). Кроме того, организованы комплексные патронажные выезды к студентам-инвалидам в составе врача ВОП, психолога, социального работника и медицинской сестры.

В Центре ПМСП с сентября 2014 года открыт Молодежный Центр для реализации профилактических мероприятий, ориентированных на укрепление и сохранение здоровья студенческой молодежи и реализации программы предупреждения управляемых заболеваний.

Врачами-интернами Молодежного Центра совместно с кафедрой коммуникативных навыков и социальным работником еженедельно проводятся выездные тренинги со студентами младших курсов в общежитиях и на территории университета по определению факторов, влияющих на состояние здоровья студента, в том числе и по оценке психологического состояния студентов. Активно проводится информационная компания по работе центра ПМСП, в том числе и в общежитиях.

В структуре Центра функционирует отделение женской консультации, обслуживающее 8035 студенток фертильного возраста. Кабинетом планирования семьи проводится работа по предупреждению нежелательной беременности среди студенческой молодежи с раздачей контрацептивов. Женщин с абсолютными противопоказаниями к вынашиванию беременности – 34, охват контрацепцией – 100%. С начала 2014 года состояло всего беременных – 305; из них – прибыло из других организаций – 126, вновь взятых – 179. Состояло беременных на конец 2014 года – 123. Всего родов прошло – 181, родилось детей – 181.

Стационарзамещающими технологиями (дневной стационар) в условиях Центра за 2014 года охвачены – 468 больных, из них количество студентов составляет 346 чел. (73,9%), все случаи заболеваний студентов пролечены врачами ВОП кафедры ПМСП.

Согласно Приказа МЗ РК от 16 марта 2011 года № 145 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» специалистами Центра ПМСП проводятся: профилактический осмотр подростков (15,16 и 17 лет); скрининг среди лиц прикрепленного контингента в возрасте 25 лет на выявление болезней системы кровообращения (БСК) и сахарного диабета; профилактический осмотр студентов первого курса КазНМУ и РМК [5].

Администрацией КазНМУ студентам заболевшим туберкулезом и перенесшим туберкулез выделяется материальная помощь. В 2014 учебном году ее получило 78 студентам.

Консультативно-диагностические услуги (КДУ) прикрепленному населению оказываются специалистами Объединенной университетской клиники и профессорско-преподавательским составом всех кафедр КазНМУ согласно Приказу Ректора №44. Договора на оказание КДУ прикрепленному контингенту заключены с городским онкологическим диспансером, кожно-венерологическим диспансером, Центром СПИД, городским центром репродукции человека, центром перинатологии и детской хирургии и ГКБ №7.

Заключение и выводы.

Таким образом, на базе Университетской клиники КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова в рамках реализации положений Государственной программы «Саламатты Қазақстан» внедрена интегрированная, социально-ориентированная модель ПМСП. В Центре ПМСП налажена профилактическая работа со здоровым и диспансерным контингентом; проводятся реабилитационные мероприятия по индивидуальным программам; внедрена система делегирования полномочий СМР (открыт кабинет первичного осмотра СМР, разработана карта первичного приема); внедряется электронный документооборот («навигатор здоровья студента»); на базе участков ВОП созданы микроучастки с численностью 50-100 человек, где студенты-интерны проводят прием пациентов под наблюдением сотрудников кафедры ПМСП КазНМУ.

Все вышеперечисленное позволяет говорить о новой модели развития ПМСП на базе КазНМУ и создании интегрированной Университетской клиники, органически сочетающей теоретические и практические компоненты обучения будущих врачей.

Литература:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента РК от 29 ноября 2010 года №1113;
2. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №193-IV ЗРК;
3. Постановление Правительства Республики Казахстан от 15 декабря 2009 года № 2136 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» с изменениями от 27 января 2014 года № 29;
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 25 октября 2012 года № 1358 «Об утверждении Правил выбора поставщика услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и возмещения его затрат;
5. Приказ МЗ РК от 16 марта 2011 года № 145 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

ИЗУЧЕНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГАХ

Калмаханов С.Б., Жантуриев Б.Ж., Акынбеков К.У.

Казахский национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Астана, Казахстан

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Социологическое исследование в Алматы (1440 респондентов) и Алматинском регионе (1592 респондентов) проведенное для изучения удовлетворенности лиц пожилого возраста качеством медицинского обслуживания и определение потребности в медико-социальных услугах.

Ключевые слова: геронтология, гериатрия, демография, качество жизни.

THE STUDY OF SATISFACTION OF AGED PEOPLE WITH THE QUALITY OF HEALTH CARE AND NEED IN MEDICO-SOCIAL SERVICE

Kalmahanov S.B., Janturiev B.J, Akynbekov K.U.

S.D. Asfendiarov Kazakh National Medical University

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Astana, Kazakhstan

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. During the sociological research in Almaty city (1440 respondents) and Almaty region (1592 respondents) satisfaction of elderly people of the quality health care has been studied.

It was found that "bad" health is more common in Almaty (12.4%) than in rural areas (6.4%). In most cases, 55.6% and 59.4% of respondents said that their health condition is "satisfactory" and only 1/3 of the respondents is "good" and "excellent."

Not satisfied with the quality of medical care in the last year were 51.8% of the urban population and 24.4% of the rural population. In the structure of the main reasons for dissatisfaction: negligence of medical staff (26.6% and 19.8%), long queues (37.4% and 33.8%), rude medical staff (17.1% and 6.8%, respectively).

The authors concluded that the distribution of gerontological and geriatric care to the population - is a cross-sectoral and interdisciplinary problem requiring comprehensive solutions not only in the field of prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation of elderly persons as well as social and psychological support.

Keywords: gerontological and geriatric care, demographics, self-esteem of health

Введение.

В последние десятилетия в развитых странах мира наблюдается рост абсолютного числа и относительной доли населения пожилых людей. По прогнозам, в обозримом будущем 30% населения Европы будет старше 65 лет. По данным ВОЗ, ожидаемая продолжительность жизни по достижении 65 лет составляет сейчас 16,7 года, а по достижении 80 лет - более 8 лет. Постоянное возрастание доли пожилых во всем населении становится влиятельной социально-демографической тенденцией практически всех развитых стран [1].

В настоящее время современная демографическая ситуация в Казахстане также характеризуется увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в обществе. Так, в Республике в настоящее время численность лиц в возрасте 65 лет и старше составила 7,14% от общей численности населения страны (1,1 млн. человек), а в возрасте 75 лет и старше составила 2,3% от общей численности населения страны (381 297 человек). Для сравнения численность населения Казахстана 100 лет и старше - 756 человек (0,005%), в Японии - 44 449 человек (0,3%), в США - 70 490 (0,11%), в Германии - 8 839 (0,1%), в Великобритании - 11 600 (0,2%).

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы» отмечено, что для улучшения оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста необходимо создание в республике системы геронтологической помощи и её методологическое

обоснование[2].

Согласно Стратегическому плану развития Республики Казахстан до 2020 года, утвержденному Указом Главы государства от 1 февраля 2010 года (№922), к 2020 году ожидаемая продолжительность жизни в стране увеличится до 72 лет, что является одним из основных направлений в достижении стратегических целей страны, в том числе, ее конкурентоспособности[3].

До настоящего времени остаются не в полной мере разработанными вопросы комплексного изучения и реализации таких ключевых положений, как концептуальные, методологические и организационные аспекты взаимосвязанных и взаимодополняющих мер медико-социального характера в развитии геронтологической службы.

В связи с этим, целью данного исследования являлось изучение удовлетворенности лиц пожилого возраста качеством медицинского обслуживания.

Материалы и методы исследования.

С помощью специально разработанной анкеты лиц пожилого возраста проведены социологические исследования среди населения в г.Алматы (1440 респондентов) и Алматинской области (1592 респондентов).

«Анкета по изучению состояния здоровья и качества жизни лиц старшего возраста» включает в себя вопросы общего и специального блоков (165 вопросов). В общем блоке, состоящем из 65 вопросов, отражен социальный статус населения пожилого возраста с характеристикой

жилищных условий и трудовой деятельности

Полученные результаты.

Сравнительный анализ встречаемости разных самооценок здоровья в зависимости от места проживания выявил следующие статистически значимые различия. Так, «плохое» здоровье встречается чаще в г. Алматы (12,4%), чем в сельской местности (6,4%). В большинстве случаев 55,6% и 59,4% опрошенных отметили состояние здоровья как «удовлетворительное» и только у 1/3 респондентов «хорошее» и «отличное».

Установлено, что в 13% как городского, так и сельского населения не обращались за медицинской помощью в течение последнего года, а 25,8% городского населения и 37,1% сельского населения 1 раз в год. В большинстве, как и в городе, так и в селе опрошенные регулярно посещают медицинские организации.

Наши исследования доказывают, что в пожилом возрасте умственный статус личности не снижается, а лишь изменяется в сторону умеренности, рассудительности, осторожности и спокойствия. Пожилые люди больше внимания уделяют своему внутреннему миру и здоровью. Возникает новый жизненный ритм. Прежде всего, теряется социальная полнота жизни, ограничивается количество и качество связей с обществом, порой возникает самоизоляция от социального окружения, и, порой, частые обращения в поликлинику, оказываются единственной отдушиной в огромном дефиците общения. Все приводит к тому, что лица пенсионного возраста по состоянию здоровья нуждаются в активной поддержке со стороны общества, и соответственно это требует необходимость повышения уровня готовности медицинских и социальных служб принять этот вызов.

На уровне первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических организациях особое внимание уделяется профилактическим работам. Так, в ходе анкетирования установлено, что причинами последнего обращения за медицинской помощью в 25,2% случаев городского и 32,4% сельского населения служили профилактические осмотры, в 47,1% и 45,4% соответственно - лечение.

Выявлено, что 59,3% городского и 83,2% сельского населения обращаются в поликлинику по месту жительства, 12% - в больницу, в частные клиники (17,8% - город, 3,3% - село) и вызывают врача «скорой помощи» (11,0% - город, 1,0% - село).

Не довольны качеством медицинского обслуживания в течение последнего года 51,8% городского населения и 24,4% сельского населения. В структуре главных причин недовольства преобладают такие, как невнимательность медицинского персонала на приеме (26,6% и 19,8%), большие очереди (37,4% и 33,8%), грубость медицинского персонала при обслуживании (17,1% и 6,8% соответственно).

Геронтологическая и гериатрическая помощь в Казахстане предоставляется в основном в системе общих медицинских организаций Министерства здравоохранения и социального развития, а также общественными и религиозными организациями. Но, к сожалению, современный уровень оказания медицинской помощи населению пожилого возраста не соответствует

его реальным потребностям.

Социологическим исследованием выявлено, что доверие сельского населения к врачам составляет 81,1%, а в городе этот показатель составляют лишь 49,5%.

Также нами выявлены вопросы в обеспечении справедливости и доступности медицинской помощи в городской и сельской местности, что требует дальнейшего углубленного изучения.

Обсуждение.

В ходе нашего исследования установлено, что уровень заболеваемости у лиц пожилого возраста (60-74 лет) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) - в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста. Отмечено, что население старших возрастов страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. До 80% пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи. Более 70% этой категории лиц имеют 4-5 хронических заболеваний сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кроветворной, костно-суставной систем, органов дыхания, пищеварения и др.

Основными задачами геронтологии являются сохранение физического и психического здоровья людей пожилого возраста, а также их социального благополучия. Этим объясняется многогранность в подходах к решению геронтологических и гериатрических проблем.

Развитие профилактической направленности медико-социальной помощи лицам пожилого возраста, как утверждают эксперты ВОЗ, позволит:

- увеличить на 20% ожидаемую продолжительность жизни и ожидаемую продолжительность жизни без инвалидности в возрасте 65 лет;

- увеличить по крайней мере на 50% долю людей в возрасте 80 лет, обладающих таким уровнем здоровья, который позволяет им сохранять в домашних условиях независимость, самоуважение и надлежащее место в обществе[1].

Заключение.

Оказания геронтологической и гериатрической помощи населению - это межотраслевая и междисциплинарная проблема, которая требует комплексного решения, анализа, мониторинга и внедрения инновационных технологий в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации лиц пожилого возраста в систему здравоохранения, а также социальной и психологической поддержки.

Вопросы геронтологии и гериатрии практически не находят своего отражения при внутривузовской подготовке и последипломном образовании врачей. В стране до настоящего времени отсутствует системный подход к подготовке данных специалистов, нет центров, осуществляющих усовершенствование врачей по вопросам геронтологии и гериатрии. Также практически отсутствуют организационные специализированные структуры, способные обеспечивать гериатрическую помощь (отделения, центры, приемы в амбулаторно-поликлинических организациях).

Известно, что потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у пожилых в 2 - 4 раза выше,

чем у лиц трудоспособного возраста, а потребность в госпитализации по отдельным видам специализированной медицинской помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия и др.) в 1,5 - 3 раза выше. При этом необходимо учитывать, что длительность пребывания на больничной койке у лиц данного возраста значительно выше.

Все это свидетельствует о нарастании социально-экономических и медицинских проблем и необходимости проведения структурных преобразований в здравоохранении, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым.

Таким образом, существующая система организации оказания медицинской помощи практически не учитывает данных особенностей, что требует осуществления целенаправленных мер по созданию системы геронтологической и гериатрической помощи,

повышению уровня знаний по гериатрии у врачей общей практики и проведения научно-исследовательских работ в области геронтологии и гериатрии, профилактики преждевременного старения населения, в том числе с учетом территориальных особенностей.

Литература:

1. Аканов А.А. Проблемы геронтологии в Казахстане -2008. - 268с.

2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы (утверждена Указом Президента Республики Казахстан 29 ноября 2010 года, № 1113)

3. Стратегический план развития Республики Казахстан до 2020 года.

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.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г. ЖАЛАЛ-АБАД ПО ДАННЫМ ISAAC

Муратова Ж.К., Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А.

Ошский государственный университет

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Ош, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. На основании исследования аллергической патологии среди детей школьного возраста г. Жалал-Абад, в соответствии с международной программой изучения бронхиальной астмы и аллергии в детском возрасте, установлена аутентичная распространенность атопического дерматита, которая составила 5,25%. Результаты настоящих исследований, верифицированы и приняты в реестр Международного центра «Международное изучение астмы и аллергии у детей - International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)» (Окленд, Новая Зеландия).

Ключевые слова: атопический дерматит, распространенность, дети, ISAAC.

ISAAC МААЛЫМАТТАРЫ БОЮНЧА ЖАЛАЛ-АБАД ШААРЫНДА ЖАШАГАН МЕКТЕП ОКУУЧУЛАРЫНЫН АРАСЫНДА АТОПИЯЛЫК ДЕРМАТИТТИН ЖАЙЫЛУУСУ

Муратова Ж.К., Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А.

Ош мамлекеттик университети

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Ош, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты болуп Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасынын жана Ош шаарындагы №1 жана №2 Үй бүлөөлүк дарыгерлер борборлорунда эмгектенишкен аллерголог, педиатр, терапевт жана үй бүлөөлүк дарыгерлердин өнөкөт бөрү жатыш дартын аныктоо боюнча заманбап жолдор тууралуу маалымдуулуктарын иликтөө саналды. Жалпысынан изилдөөгө 112 дарыгер катышышты. Сурамжылоонун жыйынтыгында өнөкөт бөрү жатыш дартын аныктоо боюнча 23,7% дарыгерлер орусиялык, ал эми болгону 1,9% дарыгерлер гана чет өлкөлүк клиникалык сунуштамалар менен тааныштыгы аныкталды. Мында терапевттердин маалымат менен тааныштыгы аллергологдордон 4,5 эсеге (42,8%дан 9,5% гана), педиатрлардан – 2,6 эсеге (42,8%дан - 16,6%) жана үй бүлөлүк дарыгерлерден – 1,6 эсеге (42,8%дан – 25,9%) аз экендиги белгилүү болду. Дарыгерлерге маалымат берүүнү аллергомектеп, тегерек стол, мастер-класс, угуулар, ошондой эле интернет-окутуу ыкмаларын жайылтуу.

Негизги сөздөр: өнөкөт бөрү жатыш, дарт аныктоо, маалымдуулук, аллергологдор, педиатрлар, терапевттер, үй бүлөөлүк дарыгерлер, клиникалык сунуштамалар.

PROBLEMS AND SOLUTIONS OF CHRONIC URTICARIA IN SOUTHERN KYRGYZSTAN

Muratova Zh.K., Brimkulov N.N., Sulaymanov Sh.A.

Osh State University

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Osh, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The aim of the study was to identify the knowledge of allergists, pediatricians, therapists and family physicians working in Osh Interregional United Clinical Hospital and Family Medicine Centers №1 and 2 of Osh, about modern approaches to the diagnosis of chronic urticaria (CU). A total of 112 physicians participated in the study. 23.7% of surveyed doctors were familiar with Russian and only 1.9% with foreign clinical guidelines for the diagnosis of CU. Awareness of therapists was lower than allergists 4.5 times (9.5% vs. 42.8%) than pediatricians - 2.6 times (16.6% vs. 42.8%) and than the family doctors - 1.6 times (25.9% vs. 42.8%). Increase awareness of the doctors is possible through allergoschools, round tables, master classes, lectures, as well as through the popularization of online training.

Key words: chronic urticaria, diagnosis, awareness, allergists, pediatricians, therapists, family physicians, clinical guidelines.

Актуальность.

В последние годы вопросы изучения различных форм педиатрической аллергопатологии несомненно являются остро актуальной и социально значимой проблемой, что объясняется неуклонным ростом количества больных, нарастанием тяжести течения, нередкой хронизацией процесса с трансформацией в состояние социальной недееспособности и ухудшением качества жизни больных [3, 4, 5, 6, 7, 10, 14, 15].

Научные исследования по изучению эпидемиологии бронхиальной астмы (БА), кожных проявлений аллергии на севере Кыргызской Республики были проведены сотрудниками Национального центра охраны материнства и детства [1, 2, 4].

Авторами установлены относительно высокие показатели распространенности БА, аллергического ринита (АР) и атопического дерматита (АД) среди детского

населения, проживающих в северных регионах республики и в г.Бишкеке. Вместе с тем, аналогичные исследования на юге страны не проводились. Для восполнения данного пробела на юге страны, начиная с 2001 [11] проводились широкомасштабные исследования по изучению эпидемиологических и клинико-лабораторных аспектов аллергических заболеваний у детей.

Цель исследования: изучить эпидемиологические особенности атопического дерматита у детей, проживающих в г. Жалал-Абад.

Материал и методы исследования.

Исследование распространенности аллергической патологии среди детей школьного возраста, проживающих в г. Жалал-Абад проводилось в соответствии с программой «Международное изучение астмы и аллергии у детей - ISAAC».

Анкета включала демографические данные и

симптомы, позволяющие выявить те или иные формы кожных проявлений аллергии.

Всего было анкетировано 4235 школьников в возрасте 7-8 и 13-14 лет. Согласно программе «ISAAC» данные возрастные группы детей являются рекомендуемым возрастом и «критическим» периодом в жизни детей по развитию проявлений аллергии. Возврат анкет составил 98%.

В числе респондентов 2671 (63,0%) ребенка составили учащиеся кыргызской национальности, далее процент распределения респондентов соответственно составил: узбеков было 1247 (29,4%), русских – 147 (3,5%) и 189 (4,5%) – составили представители других национальностей (турки, уйгуры, татары и др.).

Соотношение девочек и мальчиков среди

обследованных детей в возрасте 7-8 и 13-14 лет соответственно было 50,1% к 49,0% и 51,6% к 48,4%.

Вопросники для первоклассников предлагались для заполнения их родителям, дети старшего школьного возраста отвечали на поставленные в анкете вопросы самостоятельно. С целью облегчения понимания характера симптомов аллергических заболеваний, перед началом исследований проводились объяснения, в том числе и на родных языках. Также консультантами оказывалась помощь в заполнении анкеты для минимизации числа ошибочных и неверных ответов.

Результаты и их обсуждение.

Установлено, что распространенность атопического дерматита среди детей в целом составила

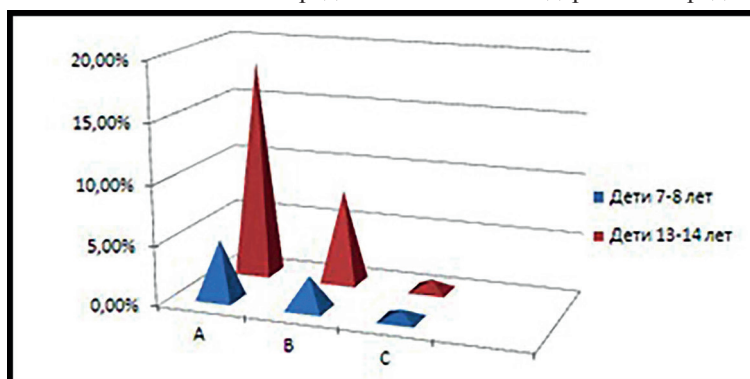


Рис.1. Частота симптомов АД у детей 7-8 и 13-14 лет (в %), где А – признаки АД когда-либо, В – признаки АД в течение 12 мес и С – верифицированный диагноз АД.

Таблица 1.

Частота симптомов атопического дерматита среди школьников в исследуемых группах, количество (%)

Симптом	7-8 лет n=1778			13-14 лет n=2457		Всего n=4235	
	абс.	%	P	абс.	%	абс.	%
Признаки АД когда-либо	88	4.9±0,5	<0,001	447	18.2±0,4	535	11.55±0,4
Признаки АД в течение 12 мес	48	2.7±0,4	<0,001	192	7.8±0,4	240	5.25±0,3
Поражение типичных участков кожи, характерных для АД	29	1.6±0,4	<0,001	98	4.0±0,3	127	2.8±0,3
Полное исчезновение сыпи за последние 12 мес	32	1.8±0,4	<0,001	114	4.6±0,3	146	3.2±0,3
Отсутствие ночных пробуждений за последние 12 месяцев из-за зудящей сыпи	34	1.9±0,4	<0,001	84	3.4±0,3	118	2.65±0,3
Ночные пробуждения за последние 12 месяцев из-за зудящей сыпи менее, чем 1 ночь в неделю	6	0.3±0,2	>0,05	34	1.4±0,2	40	0.85±0,5
Ночные пробуждения за последние 12 месяцев из-за зудящей сыпи 1 и более ночей в нед	7	0.4±0,1	>0,05	22	0.9±0,1	29	0.65±0,1
Верифицированный диагноз АД	14	0.8±0,5	>0,05	23	0.9±0,3	37	0.85±0,1

Примечание: p – достоверность различий показателей между исследуемыми группами детей 7-8 и 13-14 лет.

5,25%. При этом распространенность атопического дерматита среди детей в возрасте 7-8 лет составила 2,7% тогда, как в когорте обследованных детей старшего возраста данный показатель был выше 7,8%.

Отметим, что конечные результаты настоящих исследований верифицированы и приняты в реестр Международного центра «ISAAC» (Окленд, Новая Зеландия) [13].

При этом международными экспертами констатируется достаточно высокая частота симптомов атопического дерматита у школьников города Жалал-Абад (рис 1.).

Данные исследования частоты симптомов атопического дерматита в когорте обследованных школьников, проживающих в городе Жалал-Абад представлены в таблице 1.

Проведенный анализ материала по распространенности симптомов атопического дерматита показал, что у 535 (11,55±1,%) детей из 4235 опрошенных когда-либо констатировалась аллергическая сыпь, зуд кожи после приеме потенциально облигатных нутритивных аллергенов или лекарственных средств на фоне полного здоровья, данный признак чаще отмечался у детей старшего возраста (18,2±0,4%) по сравнению с детьми младшего возрастного периода (4,9,3±0,5%).

Частота вышеуказанных симптомов в последние 12 месяцев соответственно была в два раза ниже в обеих возрастных группах опрошенных школьников (2,7±0,4 и 7,8±0,4).

Характерные для атопического дерматита симптомы поражения типичных и излюбленных участков кожи отмечались у 4,0±0,3% детей младшего возраста, и лишь у 1,6±1,4% опрошенных школьников старшей возрастной группы.

Аналогичная тенденция имела место при определении признака полного исчезновения сыпи за последние 12 месяцев в обеих возрастных группах опрошенных детей. У 1,9±0,4% респондентов регистрировался симптом отсутствия пробуждения из-за зудящей сыпи.

В единичных случаях отмечались симптомы ночных пробуждений вследствие зуда и уточненный диагноз атопического дерматита. Можно предположить, что частота двух последних симптомов среди опрошенных детей косвенно свидетельствует о наличии гиподиагностики данной патологии в регионе. Такие исследования в России проводятся с 1998 [8, 9, 12], а в нашей стране с 2001 г [11].

Следовательно, на основании анализа материала, принимая во внимание совокупность анамнестических и клинических данных, результатов выборочного осмотра и лабораторного обследования с референтной вероятностью распространенность атопического дерматита среди детей в целом составила - 5.25%. При этом распространенность

атопического дерматита среди детей в возрасте 7-8 лет составила 2,7%, тогда как в когорте обследованных детей старшего возраста данный показатель был выше 7,8%.

Выводы: эпидемиологическое исследование с использованием стандартизированной программы ISAAC показало, что у школьников, проживающих в г. Жалал-Абад, констатируется высокая распространенность симптомов атопического дерматита - 5,25%, в том числе - 2,7% у детей 7-8 лет и - 7,8% у детей 13-14 лет.

Литература:

1. Абдылдаев Т.Т. Особенности респираторной аллергии у детей в зонах экологического неблагополучия Кыргызстана. Автореф. дисс. докт. мед. наук: Бишкек, 1996, 29 с.
2. Боронбаева Э.К. Современные методологические аспекты эпидемиологических и клинических исследований аллергической патологии у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук: Бишкек, 2005, 23 с.
3. Иванова И.Н. Особенности социальной дезадаптации дерматологических больных. Кожные и венерические болезни 2007; №5: 77-79.
4. Иманалиева Ч.А. Атопический дерматит у детей Кыргызстана. Дисс. докт. мед. наук: Бишкек, 1999, 276 с.
5. Колхир П.В. Доказательная аллергология-иммунология. М.: Практическая медицина. 2010: 528.
6. Кудаяров, Б.Д. Реабилитация детей, больных атопическим дерматитом, в условиях горно-морского климата озера Иссык-Куль. Автореф. дисс. канд. мед. наук: Бишкек, 1999, 22 с.
7. Нажимидинова Г.Т. Состояние желудочно-кишечного тракта у детей с атопическим дерматитом. Автореф. дисс. канд. мед. наук: Бишкек, 1998, 23 с.
8. Результаты национального многоцентрового клинико-эпидемиологического исследования атопического дерматита у детей. Аллергология 2006; №1: 3-9.
9. Ревякина В.А. Атопический дерматит у детей. Современные проблемы. Фарматека 2012; № 6: 34-38.
10. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. М. 2004: 76.
11. Сулайманов Ш.А., Бримкулов Н.Н. ISAAC в Кыргызстане. Центральное-азиатский мед. журнал 2003; Том IX, Приложение 2: 10-11.
12. Хаитов Р.М. Атопический дерматит: рекомендации для практических врачей. Российский национальный согласительный документ по атопическому дерматиту. М. 2002: 191.
13. Узиков О.Ж. Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики: учебное пособие. Ош, 2012: 52.
14. Adinoff A.D. Atopic dermatitis and aeroallergen contact sensitivity [Abstract]. J. Allergy Clin. Immunol. 1988; 81: 736.
15. Akdis C.A. Review article Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergy and Clinical Immunology [Abstract]. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology. PRACTALL Consensus Report. Allergy 2006; 61: 969-987.

**МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛИМФАНГИОНОВ ВЫНОСЯЩИХ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У
ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ**

Жанганаева М.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В результате исследования установлены макроскопические параметры лимфангионов, образующих выносящие лимфатические сосуды лимфатических узлов, расположенных в воротах легких. Важнейшей функцией лимфангионов бронхолегочных лимфатических узлов является их моторная функция, которая неразрывно связана с распределением в их стенке миоцитов. Выявлены локальные особенности в количестве и пространственной ориентации миоцитов. Количество миоцитов подсчитано в трех участках лимфангиона, определена их ориентация. Выявлено, что миоциты в стенке лимфатического сосуда располагаются больше косопоперечно, меньше продольно, а поперечной и косоподольной ориентации миоцитов занимают промежуточное положение. По мере увеличения возраста человека отмечаются изменения в численном составе гладкомышечных клеток.

Ключевые слова: бронхолегочные лимфатические узлы, лимфатический сосуд, лимфангион, миоциты.

**ЧОН АДАМДАРДЫН БРОНХОӨПКОЛҮК ЛИМФА БЕЗДЕРИНИН ЧЫГАРУУЧУ
ЛИМФА ТАМЫРЛАРЫНЫН ЛИМФАНГИОНДУРУНУН МОРФОМЕТРИЯЛЫК
КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ**

Жанганаева М.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Адамдын нормасын жана топографиясын окутуучу анатомия кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн негизинде өпкөнүн дарбазасында жайгашкан лимфа тамырларынын лимфангиондорунун микроскоптук көрсөткүчтөрү белгиленген. Бронхоөпкөлүк лимфа бездеринин лимфангиондорунун негизги функциясы мотордук функция болуп эсептелет жана анын чел кабындагы миоциттердин жайгашышы менен байланышкан. Миоциттердин санынын жана багыттарынын жергиликтүү өзгөчөлүктөрү аныкталган. Миоциттердин саны лимфангиондун үч жеринен такталган. Миоциттер көпчүлүк учурда лимфа тамырларынын бетинде узун- кыйшык, аз учурда туурасынан, ал эми узунунан жана туура кыйшык жайгашышы экөөнүн ортосундагы сандар чыккан. Адамдын жашынын өсүшүнө жараша миоциттердин санынын өзгөрүшү байкалат.

Негизги сөздөр: Бронхоөпкөлүк лимфа бездери, лимфа тамырлары, лимфангион, миоцит.

**MORPHOMETRIC PARAMETERS OF LYMPHANGIONS EFFERENT LYMPH VESSELS
OF BRONCHOPULMONARY LYMPH NODES IN ADULTS**

Janganaeva M.T.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of normally and topographic anatomy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The study established the macroscopic parameters lymphangions forming efferent lymph vessels of the lymph nodes located in the lungs of the gate. The most important function of the lymphangions of bronchopulmonary lymph nodes is their motor function that is inextricably linked to the distribution in their wall of myocytes. It is revealed local peculiarities in the amount and spatial orientation of the myocytes. The number of myocytes calculated in three parts of the lymphangions, it is determined their orientation. It is revealed that the myocytes in the wall of the lymphatic vessels are more obliquotransverse, less- longitudinally, transverse, and obliquolongitudinally orientation of myocytes is intermediate position. As the age of the person there are observed changes in the numerical strength of the smooth muscle cells.

Keywords: Bronchopulmonary lymph nodes, lymph vessels, lymphangions, myocytes.

Актуальность.

В последнее время вопросы транспортной функции лимфатической системы, т.е. вопросы передвижения лимфы по лимфатическим сосудам подвергаются детальному и углубленному изучению (Борисов А.В., 2003г., Бородин Ю.И. 2005г., Петренко В.М. 2006г.).

Установлено, что лимфатические сосуды обладают собственной мышечной системой, что способствует продвижению лимфы в сторону левого и правого венозных углов. Отдельные структурные элементы стенки лимфатического сосуда- лимфангионы, являются морфологически организованными образованиями, которые обладают полноценной нейрогенной, гуморальной и местной регуляций.

В настоящее время не подвергается сомнениям тот факт, что изучение строения лимфатических сосудов,

соединяющих лимфатические узлы между собой в единую и сложную цепь органов, выполняющих дренажную и иммунную функции является актуальным.

В отечественных и зарубежных источниках отсутствуют сведения о конструкции стенки выносящих лимфатических сосудов бронхолегочных лимфатических узлов у человека.

В условиях патологии этот вопрос представляется особенно важным, так как бронхолегочные лимфатические узлы и соединяющие их лимфатические сосуды являются биологическим барьером I этапа на пути тока лимфы от легких, частота поражений которых специфическими и неспецифическими заболеваниями (рак, туберкулез и т.д.) особенно высок у взрослых людей.

Цель исследования: изучить параметры и локальные особенности распределения миоцитов в стенке

выносящих лимфатических сосудов бронхолегочных лимфатических узлов у взрослых, в частности в I-II периоде зрелого возраста (от 20 до 60 лет).

Материал и методы исследования.

Морфометрические показатели лимфангионов бронхолегочных лимфатических сосудов исследованы на 35 органокомплексах грудной полости взятых у трупов людей погибших или умерших в возрасте от 22 до 60 лет от травм и случайных причин.

Для изучения лимфангионов использованы макро- и микроскопические методики исследования. Для выявления бронхолегочных лимфатических сосудов использовали метод прямой и внутритканевой инъекции синей массы Герота. Гистологические срезы окрашивали гематоксилином, гематоксилин-эозином. Основным способом исследования конструкции лимфангионов является метод тотальной окраски препарата предложенной А.В. Борисовым (1986г). Миоциты подсчитывали послойно, при помощи сетки (Микроскоп МБИ-I об.40 ок 7).

Результаты исследования и обсуждение полученных данных.

Стенка лимфангиона выносящих лимфатических сосудов состоит из 3-х слоев: внутреннего, среднего и наружного. При исследовании тотальных препаратов было выявлено, что гладкомышечные клетки (миоциты) являются структурным элементом абсолютно всех лимфатических сосудов бронхолегочных лимфатических узлов. Они залегают во всех слоях лимфангиона одиночно или пучками, по несколько клеток в разных плоскостях. Миоциты лимфангионов ориентированы продольно, косо продольно, поперечно и косо поперечно по отношению к продольной оси сосуда.

Установлены различия в количестве и ширине выносящих лимфатических сосудов бронхолегочных лимфатических узлов (макроанатомические препараты), а также локальные особенности в количественном распределении миоцитов в стенке лимфангионов составляющие эти выносящие лимфатические сосуды (микроанатомические препараты)

В I-м периоде зрелого возраста (21-36л) количество выносящих лимфатических сосудов бронхолегочных узлов варьирует от 1 до 8 (в 70,6% узлов от 4 до 8), ширина (калибр) этих сосудов колеблется от 0,3 до 1,0 (в 70,6% узлов от 3 до 4). Табл.1,2

У людей I периода зрелого возраста гладкомышечные клетки определяются во всех частях лимфангиона (мышечная манжетка, клапанный синус, место прикрепления клапана) и их количество и пространственная организация имеет локальные особенности.

Так, в области мышечной манжетки насчитывается от 33 до 77 миоцитов (в среднем $54,0 \pm 6,50$), в области клапанного синуса от 15 до 53 (в среднем $34,8 \pm 5,06$) и в области прикрепления клапана от 9 до 50 (в среднем $22,5 \pm 6,98$) миоцитов.

Таким образом, отмечается численное преобладания миоцитов в области мышечной манжетки по сравнению с областью клапанного синуса (в 1,5 раза) и по сравнению с областью прикрепления клапана (в 2,5

раза). С увеличением количества миоцитов усложняется их организация. Процентное соотношение направления гладкомышечных клеток (их ориентация) к продольной оси лимфангиона (в различных частях) имеет отличительные особенности.

Так, в I-м периоде зрелого возраста миоциты в области мышечной манжетки ориентированы: продольно- в 19%, косо продольно- в 22,2%, поперечно- в 16,0%, косо поперечно- в 42,0%; в области клапанного синуса миоциты ориентированы: продольно- в 10,8%, косо продольно- в 25,8%, поперечно- в 16,1%, косо поперечно- в 47,3%. В месте прикрепления клапана ориентированы продольно- в 10,6%, косо продольно- в 22,3%, поперечно- в 15,9%, косо поперечно- в 51,2%.

Во II-м периоде зрелого возраста (36-60 л) количество выносящих лимфатических сосудов бронхолегочных лимфатических узлов колеблется от 1 до 5 (в 61,3% 3-5), ширина сосудов варьирует от 0,3 до 1,5 (в 61,1%- 0,5-0,9). В данной возрастной группе гладкомышечные клетки также определяются на всем протяжении лимфангиона. В области мышечной манжетки насчитывается от 22 до 58 миоцитов (в среднем $39,1 \pm 3,30$), в области клапанного синуса от 12 до 37 (в среднем $24,2 \pm 2,43$) миоцитов. В области места прикрепления клапана от 13 до 30 (в среднем $18,7 \pm 1,14$) миоцитов. Табл. №2.

Во II-м периоде зрелого возраста миоциты в области мышечной манжетки ориентированы: продольно- в 8,4%, косо продольно- в 12,9%, поперечно- в 23,9%, косо поперечно в 54,8%; в области клапанного синуса миоциты ориентированы продольно- в 4,8%, косо продольно- в 11,6%, поперечно- в 58,7%; в места прикрепления клапана ориентированы: продольно- в 8,3%, косо продольно- в 20,1%, поперечно в 16,1%, косо поперечно 55,5%.

Во II-м периоде зрелого возраста, также как и в I-м периоде зрелого возраста в области мышечной манжетки количество миоцитов в 1,6 раза больше, чем в области клапанного синуса и в 2,2 раза больше чем в области места прикрепления клапана.

При сравнении количества миоцитов расположенных в различных частях лимфангионов у людей I и II периодов зрелого возраста отмечается тенденция к возрастной инволюции сократительных элементов этих микроанатомических образований. У людей I периода зрелого возраста по сравнению со II-м периодом зрелого возраста в области мышечной манжетки миоцитов располагаются в 1,4 раза больше, в области клапанного синуса- в 1,5 раза больше и в области места прикрепления клапана в 1,2 раза больше.

Следует отметить, что по мере увеличения количество миоцитов усложняется их пространственное ориентация. В области мышечной манжетки преобладают поперечные и косо- поперечные мышечные пучки сгруппированные в 3-4 слоя, в области клапанного синуса продольные и косо продольные и поперечные мышечные пучки, которые располагаются в 2-3 слоя, в области места прикрепления клапана преобладают косо поперечные и косо продольные мышечные пучки, которые располагаются в 1-2 слоя.

Таблица №1.

Пределы колебания (min- max) и среднее количество ($\bar{x} \pm s_x$) миоцитов лимфангионов выносящих сосудов бронхолегочных лимфатических узлов у людей первого зрелого возраста.

Количество сосудов	Ширина сосуда	Мышечная манжетка	Клапанный синус	Место прикрепления клапана
4	0,3	54,8±3,79 (44-61)	26,3±4,71 (15-35)	18,8±4,33 (11-31)
8	0,4	52,1±4,54 (34-71)	38,5±4,66 (18-59)	17,3±4,33 (9-47)
3	0,5	49,3±8,99 (33-64)	26,3±5,03 (31-45)	11,5±1,33 (14-18)
1	0,7	77*	53*	50*
1	1,0	37*	30*	15*
17	0,6±0,12	54,0±6,50	34,8±5,06	22,5±6,98

Примечание: *- обнаружен только один лимфатический сосуд

Таблица №2.

Пределы колебания (min- max) и среднее количество ($\bar{x} \pm s_x$) миоцитов в лимфангионах выносящих сосудов бронхолегочных лимфатических узлов у людей второго зрелого возраста (36-60л.)

Количество сосудов	Ширина сосуда	Мышечная манжетка	Клапанный синус	Место прик-я клапана
1	0,3	34*	12*	18*
5	0,5	35,8±6,58 (22-58)	19,8±2,91 (12-27)	16,4±1,44 (13-21)
1	0,6	25	20	13
3	0,8	30,7±2,73 (27-36)	22,3±2,85 (19-28)	16,3±1,67 (13-18)
3	0,9	41,3±4,91 (33-50)	25,0±4,73 (18-34)	21,3±4,37 (16-30)
2	1,0	57**	33**	16**
		26**	37**	14**
2	1,2	44**	22**	23**
		50**	22**	19**
1	1,5	33*	25*	24*
18	0,8±0,12	39,1±3,30	24,2±2,43	18,7±1,14

Примечание: *- обнаружен только один лимфатический сосуд

** - обнаружено только два лимфатических сосуда

Выводы:

1. Обобщенные (суммарные) данные миоцитов показывают, что эти структурные элементы располагаются во всех частях лимфангиона и представляет единое сократительное образование лимфатического русла.

2. В I-м и II-м периоде зрелого возраста отмечаются локальные особенности в количественном распределении миоцитов в различных частях лимфангиона. Нами установлено их устойчивое численное преобладание в области мышечной манжетки.

3. У людей I-го и II-го зрелого возраста активные элементы конструкции лимфангиона (миоциты), их количество и пространственное распределение свидетельствует о морфологической зрелости лимфатических сосудов обеспечивающих транспорта лимфы.

Литература:

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия / Г.Г. Автандилов. М.: Медицина. 1990.-384с.
2. Борисов А.В. К анатомии лимфангиона // Актуальные проблемы морфологии и клинической медицины: Мат-лы междунар. Научн. Конфер., посвящ. 100- летию проф. Н.А. Курдюмова. Нальчик: Полиграфсервис и Т, 2003. С.64.
3. Бородин Ю.И. Концепция лимфатического региона. Тезисы докладов II съезда лимфологов России. СПб, 2005. С. 34-35.
4. Петренко В.М. Новые представления о структурной организации активного лимфотока // Морфология. 2006.-Т. 129-№3.-С.
5. Стефанов С.Б. Морфометрическая сетка случайного шага как средство ускоренного измерения элементов морфогенеза. /С.Б. Стефанов// Цитология. 1974.-№6.-С.785.
6. Gerota, D. Zur Technik der lymphgefassinjection. Fane neue iniectionmasse der lymphgefasse /D Gerota// Anat. Anz. BD.12.8/ - 1896.
7. Rouviere /Y/ Anatomie des lymphatiques de l'homme /Y/ Rouviere/ Paris, Masson

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МИОЦИТОВ В КАПСУЛЕ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ**Жанганаева М.Т.**Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Полученные новые сведения о конструкции и количестве миоцитов в капсуле лимфатических узлов, расположенных в воротах легких подтверждает данные других исследователей об активной роли сократительной деятельности капсулы лимфатических узлов в транспорте лимфы. Бронхолегочные лимфатические узлы активно оказывают активное влияние на лимфоток посредством моторики капсулы и трабекул, о чем свидетельствуют наличие в них миоцитов. Установлена взаимосвязь мышечных элементов лимфатических сосудов с миоцитами капсулы лимфатических узлов.

Ключевые слова: бронхолегочные лимфатические узлы, капсула, лимфангион, миоциты.

ЖАҢЫ ТӨРӨЛГӨН БАЛДАРДЫН БРОНХОӨПКӨЛҮК ЛИМФА БЕЗДЕРИНИН ЧЕЛ КАБЫГЫНДА МИОЦИТТЕРДИН ЖАЙГАШЫШЫ**Жанганаева М.Т.**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өпкө дарбазасында жайгашкан лимфа бездеринин чел кабыгынын миоциттеринин санынан, конструкциясынан алынган жаны маалыматтар башка изилдөөчүлөрдүн изилдөөсү менен дал келет жана миоциттердин кичирейтүүчү ишиндеги лимфаны ташуудагы активдүү ролу байкалат. Бронхоөпкөлүк лимфа бездери чел кабыктын жана трабекуланын моторикасы аркылуу лимфанын жүрүүсүнө активдүү таасирин көрсөтөт, анын негизинде миоциттердин бар экени белгиленет. Лимфа тамырларынын жылма булчуңдары лимфа бездердин чел кабыгындагы миоциттер менен байланышы аныкталган.

Негизги сөздөр: бронхоөпкөлүк лимфа бездери, чел кабык, лимфангион, миоцит.

DISTRIBUTION OF MYOCYTES IN THE CAPSULE BRONCHOPULMONARY LYMPH NODES IN CHILDREN DURING THE NEONATAL PERIOD**Janganaeva M.T.**I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The received new information about the structure and the number of myocytes in the capsule of the lymph nodes located in the lungs gate confirms the findings of other researchers on the active role of the contractile activity of the capsule of the lymph node in the lymphatic transport. Bronchopulmonary lymph nodes have an active influence on the lymph flow through the motor capsules and trabeculae, as evidenced by the presence of myocytes. It is determined the relationship of muscle elements of the lymph vessels with myocytes of capsules lymph nodes.

Keywords: bronchopulmonary lymph nodes, capsule lymphangions, myocytes.

Актуальность.

Лимфатическая система играет значительную роль при патогенных и саногенных процессах. Лимфогенный путь распространения инфекций является основным (Сапин М.Р., с соавт. 1982; 2000г.). Велика роль лимфатической системы в метастазировании клеток злокачественных новообразований (Борисов А.В., Поташов Л.В. с соавт., 1985; Чумаков В.Ю., 2004). Несмотря на довольно длительную историю развития учение о лимфатической системе, последнее является наиболее слабо освещенным разделом современной морфологии.

Поиск структурных основ транспорта лимфы проводится исследователями достаточно давно. В 1949 году E. Horstmann описывает структурно-функциональную единицу лимфатического сосуда- клапанный сегмент: участок между двумя соседними клапанами, дистальный из которых относится к данному сегменту, а проксимальный- к следующему. H. Mislin (1961-1963) предлагает, назвать клапанный сегмент лимфангионом. В 1982 году А.В. Борисов впервые сделал публичное сообщение о лимфангионе- клапанном сегменте лимфатического сосуда, а уже в 1983 году вышла известная книга Р.С. Орлова, А.В. Борисова и Р.П. Борисовой «Лимфатические сосуды, структура и механизмы сократительной активности» где преобладали результаты физиологических наблюдений. В 1997 году в журнале

«Морфология» и других изданиях А.В. Борисов публикует свою статью «Теория конструкции лимфангиона». По его сведениям лимфангион – универсальное явление, структурно функциональная единица любого лимфатического сосуда.

В настоящее время в клинической практике все больше используются консервативные и оперативные методы воздействия на лимфатическое русло с целью диагностики и лечения различных заболеваний, коррекции транспорта и состава лимфы. В то же время, несмотря на значительные достижения в этой области, до настоящего времени нет четкого представления о микротопографических взаимоотношениях капсулы лимфатических узлов в периода становления организма, в частности у новорожденных детей.

В доступной отечественной и зарубежной литературе обнаружено ограниченное число работ, посвященных лимфатической системе у детей. Кроме того, во всех этих работах описывается лишь макроанатомия лимфатических сосудов и узлов и совершенно не уделяется внимания детальному строению (микроанатомия) отдельных элементов лимфатического русла. Исходя из вышеуказанного, можно утверждать, что изучение микроскопической анатомии лимфатического русла в постнатальном онтогенезе является весьма актуальным и представляет не только научный интерес, но имеет

большое практическое значение.

Цель исследования: детальное изучение закономерностей архитектоники капсулы бронхолегочных лимфатических узлов у детей периода новорожденности.

Материалы и методы исследования.

Морфометрические показатели бронхолегочных лимфатических узлов исследована из 10 органокомплексов новорожденных умерших от причин не связанных с поражением органов грудной полости. Для изучения использовали макро и микроскопические, гистологические методы исследования. Для инъекции лимфатических узлов использовали синюю массу Герота. Для исследования миоцитов лимфангионов изготавливались тотальные препараты по методике, предложенной А.В Борисовым (1973г).

Результаты исследования и их обсуждения.

Нами исследовано распределение гладкомышечных клеток (миоцитов) различных участках капсулы бронхолегочных лимфатических узлов. Чтобы определить распределения миоцитов в капсуле лимфатического узла разделили на следующие участки: область hilarного утолщения, т.е. место выхода эфферентного лимфатического сосуда, межфолликулярный участок, фолликулярный участок т.е. место прилегания к капсуле лимфоидного узелка и область трабекул.

В результате исследования установлено, что лимфатические узлы, расположенные в воротах легких (бронхолегочные узлы) имеют структуру характерную для висцеральных лимфатических узлов, а именно тонкая капсула и выраженная по толщине паренхимы узла. В паренхиме узла от капсулы отходят тонковолокнистые трабекулы. В капсуле различают, в основном три слоя: внутренний, состоящий из сплошного слоя эндотелиальных клеток; средний, содержащий миоциты и элементы соединительной ткани; и наружный- соединительной.

При исследовании гистологических срезов и тотальных препаратов капсулы бронхолегочных лимфатических узлов установлено, что миоциты залегают

в ней слоями и неравномерно.

Все слои капсулы лимфатических узлов ограничены тонкими эластическими волокнами, а также коллагеновыми волокнами различной толщины. В глубоких слоях капсулы залегают более толстые эластические волокна. В трабекулах коллагеновые и эластические волокна ориентированы вдоль продольной оси трабекул.

Соединительнотканые волокна тесно связаны с миоцитами. В области hilarного утолщения миоциты в 67,1% ориентированы косо поперечно, в 13,1%- поперечно, в 11,2%- продольно и в 8,6% - косо продольно. Миоциты капсулы имеют овально-удлиненную форму и залегают в капсуле в 2-3 слоя.

У детей периода новорожденности численный состав миоцитов в разных частях лимфатических узлов свидетельствует о функциональной активности и морфологической состоятельности данного органа. Установлено, что миоциты залегают в капсуле мощными пучками по 4-6 клеток в 2- 3 слоя. Наибольшее число миоцитов обнаруживается в области hilarного утолщения во всех подгруппах правых и левых бронхолегочных лимфатических узлов (верхние, нижние, передние, задние). Среднее число гладкомышечных клеток преобладает в области hilarного утолщения в группе верхних ($49,0 \pm 6,66$), нижних ($37,2 \pm 2,26$) левых бронхолегочных лимфатических узлов и в группе нижних ($49,0 \pm 16,26$), передних ($46,0 \pm 11,05$) правых бронхолегочных лимфатических узлов. В области межфолликулярного участка относительно большее число (средние показатели) миоцитов определяется в группе нижних левых бронхолегочных узлов ($40,5 \pm 5,01$) и в группе нижних левых ($46,0 \pm 6,24$) и задних ($45,7 \pm 10,4$) правых бронхолегочных лимфатических узлов. В фолликулярном участке и в трабекулах лимфатических узлов в разных подгруппах левых и правых бронхолегочных лимфатических узлов определяется меньшее число миоцитов и их средние показатели близки по значению. (табл.1)

Таблица 1.

Пределы колебания (min-max) и среднее количество ($\bar{x} \pm s_x$) гладкомышечных клеток (миоцитов) в капсуле бронхолегочных (правых и левых) лимфатических узлов у новорожденных

Топографические участки лимфатич. узла	Левые бронхолегочные лимфатические узлы				Правые бронхолегочные лимфатические узлы			
	Верхние	Нижние	Перед	Задние	Верхн.	Нижние	Передн.	Задние
Хиларное утолщение	36-53 $49,0 \pm 6,66$	31-44 $37,2 \pm 2,26$	26*	21-41**	31-81**	28-81 $49,0 \pm 16,26$	25-76 $46,0 \pm 11,05$	35-42 $37,7 \pm 2,19$
Межфоллик. участок	24-39 $33,07 \pm 4,58$	19-52 $40,5 \pm 5,01$	23*	27-28**	16-54**	28-81 $46,0 \pm 6,24$	24-36 $30,8 \pm 2,50$	31-66 $45,7 \pm 10,49$
Фоликулярн. участок	8-32 $19,07 \pm 7,00$	16-35 $25,0 \pm 2,67$	15*	13-24**	9-24**	22-28 $25,0 \pm 1,73$	18-28 $22,5 \pm 2,22$	18-22 $25,3 \pm 3,48$
Трабекулы	22-30 $25,7 \pm 2,33$	14-31 $22,8 \pm 2,69$	18*	30-32**	9-35**	14-33 $19,7 \pm 2,85$	18-22 $19,8 \pm 0,85$	19-37 $26,0 \pm 5,57$

Примечание : *- обнаружен только один лимфатический узел

** - обнаружено только два лимфатического узла

Выводы:

1. В капсуле бронхолегочных лимфатических узлов миоциты залегают слоями и неравномерно различных частях лимфатических узлов.

2. В зависимости от количества миоцитов в капсуле лимфатических узлов определяется участок «разрежения», в которой находятся небольшое количество миоцитов (фоликулярный участок, трабекулы) и участок «уплотнения» с повышенным содержанием миоцитов (хиларное утолщение, межфоликулярный участок).

3. У детей периода новорожденности количественный состав гладкомышечных клеток свидетельствует о функциональной зрелости лимфатического узла, участвующего в активном транспорте лимфы.

Литература:

1. Борисов А. В. Теория конструкции лимфангиона // *Морфология.* - 1997. - Т.112. №5. - С.7-17
2. Орлов Р.С., Борисов А.В., Борисова Р.П. Лимфатические сосуды. Структура и механизмы сократительной активности. - Л.: Наука. 1983
3. Поташов Л.В., Бубнова Н.А., Орлов Р.С. и др. Хирургическая лимфология- СПб.: Изд-во ЛЭТИ. 2002
4. Сапин М.Р., Борзяк Э.И. Внеорганные пути транспорта лимфы. М.: Медицина, 1982. 264с.
5. Сапин М.Р. Никитюк Р.Б. Иммунная система, стресс и иммунодефицит. - М.: Джангар, 2000. 184с.
6. Чумаков В.Ю. Морфофункциональная характеристика капсул регионарных лимфатических узлов некоторых млекопитающих. / В.Ю. Чумаков, Е.Ю.Складнева, А.Е. Медкова и др. // *Успехи современного естествознания.* 2004. - №8 - С.82-83.
7. Horstmann E.M. Über die funktionale Struktur der mesenterialen Lymphgefäße // *Morphol.J* 1949. - Bd.269 - S. 511-519
8. Mislin H. Experimenteller Nachweis der autochthonen Automatie der Lymphgefäße // *Experientia.* 1961. - Vol.17 - P.19-30

**МОРФОМЕТРИЯ СТЕНКИ БЕДРЕННОЙ АРТЕРИИ У КРЫС
ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ГИПЕРКИНЕЗИИ**

Сагынбекова Э.С., Айдарбекова З.М., Калугина О.П., Сапакунова К.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлена морфометрия стенок бедренной артерии после эксперимента, связанного с двигательной активностью. Основная реакция тканевых компонентов стенки бедренной артерии в ответ на гиперкинезию была выражена во внутренней и средней оболочках.

Ключевые слова: бедренная артерия, морфометрия, гиперкинезия.

**КЕЛЕМИШТИН ГИПЕРКЕНЕЗИЯДАН КИЙИНКИ ТААСИРИНИН САН
АРТЕРИЯСЫНЫН КАПТАЛДАРДЫН МОРФОМЕТРИЯСЫ**

Сагынбекова Э.С., Айдарбекова З.М., Калугина О.П., Сапакунова К.Ш.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Сан артериянын капталдардын морфометриясы, бул статьяда эксперимент жүргүзүлгөндөн кийин берилген. Бул эксперимент активдүү кыймылдоо менен байланыштуу. Сан артериянын өзгөчө ткандык компоненттердин негизги реакциясы, гиперкинезияга жооп берди. Ал жооп, ички жана ортонку чел кабыгында белгиленген.

Негизги сөздөр: бедренная артерия, морфометрия, гиперкинезия.

**MORPHOMETRY OF THE WALL OF THE FEMORAL ARTERY IN RATS
AFTER EXPOSURE TO HYPOKINESIA**

Sagynbekova E.S., Aydarbekova Z.M., Kalugina O.P., Sapakunova K.Sh.

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article presents the morphometry of the femoral artery wall after the experiment associated with physical activity. The main components of tissue reaction of femoral artery walls in response to hyperkinesia was expressed in the inner and middle shells.

Keywords: The femoral artery, morphometry, hyperkinesia.

Введение.

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что гиперкинезия представляет собой чрезвычайно важную биосоциальную проблему (1-4). Некоторые авторы [5,6] считают, что воздействию подвергаются не только мышцы, но и кости. Следует отметить, что указанные работы по изучению структуры магистральных артерий выполнены, в основном, на моделях гипергравитации, тогда как гиперкинезия и ее влияние на стенку магистральных артерий осталось практически вне поля зрения исследователей.

Цель исследования явилось изучение изменений структуры артериальных стенок при гиперкинезии различной продолжительности.

Материал и методы их исследования.

В данной работе в качестве экспериментальных животных были использованы белые беспородные крысы-самцы массой 170-190г, общим количеством-150 штук. Эксперимент состоял из четырех серии опытов. Экспериментальные животные находились в состоянии гиперкинезии в течении определенного периода времени. Гиперкинезия создавалась плаванием животных в бассейне с температурой воды 28-30 градусов С в течении 30 суток в режиме предельнопереносимых нагрузок по методике, разработанной на кафедре нормальной анатомии Академии физической Культуры им.П.Ф. Лесгафта. (Санкт-Петербург). Время пребывания животных в бассейне индивидуализировалось и фиксировалось. Конструкция клеток позволяла производить уборку и кормление животных. На протяжении всего эксперимента

следили за изменением массы животных, все строго протоколировалось. После вскрытия брюшной полости обращали внимание на состояние кровенаполнения или анемизацию органов, оценивали состояние жировой клетчатки, наличие или отсутствие кровоизлияний в органах и тканях брюшной полости.

Во всех сериях экспериментов участки артерий брали всегда стандартно. Извлекались участок бедренной артерии от уровня места отхождения глубокой артерии бедра до вступления сосуда в бедренно-подколенный канал. Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Проводили стандартную заливку кусочков в парафин. Приготавливались серийные поперечные срезы толщиной 5-7 мкм, которые окрашивались гематоксилин-эозином, орсеином и по Ван - Гизону. На окрашенных срезах изучали строение всех трех оболочек артериальной стенки. Для определения гистохимической характеристики состава соединительной ткани, различных оболочек сосудистых стенок было предпринято изучение содержания кислых гликозамингликанов (ГАГ). Последние выявлялись по методу Галле [Пирс Э., 1962] на парафиновых срезах, толщиной 7 мкм. Содержание ГАГ в стенке сосудов оценивалось визуально. В бедренных артериях оценивали следующие параметры. Морфометрической оценке (с помощью окуляр-микрометра) подвергались все исследуемые артерии, проводилось измерение толщины средней оболочки и внутренней эластической мембраны, подсчет числа миоцитов на поперечных срезах. В бедренных артериях – при увеличении ок.15, об.20. Количество рядов гладкомышечных клеток подсчитывали

при увеличении ок.15, об.19. Для каждого сосуда было сделано 50 измерений (по 10 измерений на 5 срезах). Микропрепараты сфотографированы на цветную и черно-белую фотопленку микроскоп Nikon при различных увеличениях. Полученный цифровой материал обработан методами вариационной статистики с учетом малой выборки животных [Г.С.Катинас и соавт., 1969].

Результаты исследования.

Опытные животные подвергались плаванию в специальном бассейне до получения предельно переносимых нагрузок в течение 30 суток. В период возрастания гиперкинезии от 1 до 30 суток происходило изменение массы тела экспериментальных животных.

В сроки эксперимента от 1-7 суток масса тела достоверно уменьшалась по сравнению с животными параллельного контроля, в дальнейшем в период от 15 до 30 суток действия фактора эта масса постепенно увеличивалась, достигая своего максимума к 30 суткам опыта.

К данному сроку эксперимента в бедренной артерии отмечались явления достаточного выраженного гиперэластоза - внутренняя эластическая мембрана была значительно утолщена. Она образовывала неравномерные складки, которые иногда могли быть уплощены и толщина внутренней эластической мембраны увеличилась до $3,48 \pm 0,68$ мкм, однако по сравнению с контролем эта разница не достоверна (табл.1). Во многих участках мембрана была слегка разглажена, складки находились на разном расстоянии, местами в ней определялись небольшие участки расслоенности и истончения. Часто встречались эндотелиоциты в глубине складок внутренней оболочки. Статистически значимо увеличилось количество рядов гладкомышечных клеток до $4,25 \pm 0,20$ ($p \leq 0,05$) (табл.1). Эластические мембраны были неравномерно распрямлены и разволокнены. В отдельных участках отмечались сближенность и соприкосновение мембран. Местами между ними начали определяться тонкие пучки из отдельных эластических волокон и их мелких групп.

По сравнению с интактными крысами толщина средней оболочки статистически значимо уменьшилась до $58,1 \pm 0,04$ мкм ($p \leq 0,05$) (табл.2.). По-видимому, некоторое истончение средней оболочки аорты связано

с распрямлением, истончением эластических мембран, и уменьшением количества гладкомышечных клеток. Наружная оболочка сосуда была рыхлой. Состояние коллагеновых и эластических волокон отличается от нормы и параллельного контроля. Складки наружной эластической мембраны несколько сглажены, капилляры и вены в наружной оболочке стенки бедренной артерии были расширены и заполнены форменными элементами крови.

Через 15 суток во внутренней оболочке бедренной артерии определялось значительное утолщение внутренней эластической мембраны до $3,49 \pm 0,67$ мкм в сравнении с интактными крысами и крысами после воздействия гиперкинезии в течение 1-ой и 7 суток (табл.1). Также встречались хаотично чередующиеся участки сглаженности и складчатости внутренней эластической мембраны. Глубина данных складок часто превышала толщину внутренней оболочки. Часто на дне складок были видны ядра эндотелиоцитов разнообразной формы: округлой, овальной и уплощенной. Через 15 суток толщина средней оболочки бедренной артерии достоверно увеличилась до $58,6 \pm 0,09$ мкм ($p \leq 0,05$) в сравнении с интактными крысами и животными с воздействием гиперкинезии в течение 7-суток. В средней оболочке достоверно уменьшилось количество гладкомышечных клеток до $4,5 \pm 0,18$ рядов ($p \leq 0,05$), в сравнении с группами контроля и данными предыдущих сроков эксперимента (табл.1). Внутренний ряд гладкомышечных клеток был расположен почти вплотную к внутренней эластической мембране. При этом некоторые миоциты располагались между ее складками, из-за чего их ядра были, как бы приближены к друг другу или имели извитую форму. Внутри набухшей цитоплазмы гладкомышечных клеток появлялись единичные прозрачные микрополости неправильно-угольчатой формы. Между эластическими мембранами и гладкомышечными клетками практически на всем протяжении средней оболочки определялись утолщенные и деформированные сети эластических волокон. Местами в наружных участках средней оболочки при окрашивании по Ван-Гизону определялось уплотнение сети коллагеновых волокон. Элементы наружной оболочки не изменили своего строения, которые соответствовали

Таблица 1.
Морфометрические изменения стенки бедренной артерий крыс

Сроки воздействия	Толщина внутренней эластической мембраны(мкм)		Количество гладкомышечных клеток (ряды)		Толщина средней оболочки (мкм)	
	контроль	опыт	контроль	опыт	контроль	опыт
7	$3,45 \pm 0,68$ $\delta = 1,1$	$3,48 \pm 0,68$ $\delta = 0,7$	$4,6 \pm 0,06$ $\delta = 0,8$	$4,25 \pm 0,20$ $\delta = 0,8$	$59,2 \pm 0,07$ $\delta = 1,3$	$58,1 \pm 0,04$ $\delta = 0,7$
15	$3,45 \pm 0,68$ $\delta = 1,1$	$3,49 \pm 0,69$ $\delta = 1,4$	$4,6 \pm 0,06$ $\delta = 0,8$	$4,5 \pm 0,14$ $\delta = 1,4$	$59,2 \pm 0,07$ $\delta = 1,3$	$58,6 \pm 0,09$ $\delta = 1,5$
30	$3,45 \pm 0,68$ $\delta = 1,1$	$3,50 \pm 0,50$ $\delta = 0,5$	$4,6 \pm 0,07$ $\delta = 0,8$	$4,8 \pm 0,25$ $\delta = 1,2$	$59,2 \pm 0,07$ $\delta = 1,3$	$58,9 \pm 0,11$ $\delta = 1,1$

Примечание: х-различия достоверны при $p \leq 0,05$.

таковым у интактных крыс. Содержание кислых гликозамингликанов в стенках сосудов по визуальной оценке в сравнении с контролем было несколько увеличенным. Сосуды ГМЦР в наружной оболочке стенки бедренной артерии были полнокровны.

Через 30-суток после воздействия БОДА во внутренней оболочке стенки бедренной артерии определялось статистически достоверное истончение внутренней эластической мембраны (табл.1). Истончение мембраны было статистически значимым и в сравнении с воздействием гиперкинезии в течение 15 суток. Эластическая мембрана на всем протяжении имела ровный рельеф и немногочисленные складки, расположенные на различном расстоянии друг от друга. В этот срок эксперимента местами начали определяться небольшие участки разволоknенности внутренней эластической мембраны. Ядра эндотелиоцитов имели уплощенную и удлинненную форму, часть ядер определялась на вершине складок. Они вплотную прилегали к мембране. Другая часть ядер была в глубине складок. Толщина средней оболочки статистически достоверно увеличилась в сравнении с предыдущим сроком воздействия гиперкинезии ($58,6 \pm 0,09$ мкм ($p \leq 0,05$) в сравнении с $58,9,7 \pm 0,11$ мкм ($p \leq 0,05$) через 15 суток) и оказалась большей, чем у интактных крыс на $0,39$ мкм (табл.1). Разница в количестве рядов гладкомышечных клеток была деформирована – появились ядра пробковидной формы. Между эластическими мембранами и гладкомышечными клетками средней оболочки на всем протяжении среза определялась сеть утолщенных и деформированных эластических волокон, среди которых преобладали резко извитые формы (эластоз). В наружных участках средней оболочки при окрашивании по Ван-Гизону

определялось уплотнение сети коллагеновых волокон. Состояние наружной оболочки соответствовало таковому в предыдущие сроки гиперкинезии и в контроле.

Заключение.

Воздействие гиперкинезии вызывало в целом менее выраженные морфологические изменения в артериальных стенках. Параллельно с гиперэластозом в бедренной артерии наблюдали гипертрофию средней оболочки с небольшим увеличением количества рядов ГМК в ней. Таким образом, защитно-приспособительная реакция тканевых компонентов стенки бедренной артерии в ответ на гиперкинезию была выражена во внутренней и средней оболочках.

Литература:

1. Барышников С.Д. *Лекции по анатомии и физиологии человека с основами патологии.* ., 2002. 246 с.
2. Дубровский В.И. *Лечебная физическая культура: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений.-М.: ВЛАДОС, 2004. С.624.*
3. Егоров А.Д. *Механизмы снижения ортостатической устойчивости в условиях длительных космических полетов// Авиакосмическая и экологическая медицина. 2001. №6.- С.3-12.*
4. Жуневская О.В. *Исследование спектра желчных кислот в условиях 120-суточной антиортостатической гипокинезии у человека// Косм. Биология и авиакосм. Медицина. 1985, т.19 №2.- С.33-35*
5. Зезеров А.Е., Ушаков А.С. *Перекисное окисление липидов в тканях крыс при антиортостатической гипокинезии, действии физической нагрузки и иммобилизационного стресса// Косм. Биология и авиакосм. Медицина. 1987, т.21. №60.- С.39-49.*
6. Иванов А.К., Давыдкин. А.Ф., Гончаров И.Б. *реологические показатели крови при различной степени двигательной активности// Косм. Биология и авиакосм. медицина. 1985, т.19. №1. С.29-31.*

СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПАТОГЕНЕЗА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Садырбекова Ш.Ж., Тухватшин Р.Р.

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

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье раскрыта концепция патогенетической гетерогенности ишемических поражений головного мозга, на примере гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии. Концепция сформирована на основании современных данных инструментального исследования (ультразвук, реоэнцефалография и нейровизуализация)

Ключевые слова: гипертоническая дисциркуляторная энцефалопатия, патогенез, артериальная гипертензия, атеросклероз.

ГИПЕРТОНИКАЛЫК ДИСЦИРКУЛЯТОРДУК ЭНЦЕФАЛОПАТИЯГА АЗЫРКЫ ЗАМАНДАГЫ БОЛГОН КӨЗ КАРАШ

Садырбекова Ш.Ж., Тухватшин Р.Р.

Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада гипертоникалык дисциркулятордук энцефалопатиянын мисалында патогенетикалык гетерогендик мээнин ишемиялык оорусунун концепциясы ачылган. Бул концепция замандаш инструменталдык изилдөө маалыматтардын негизинде түзүлгөн (ультразвук, реоэнцефалография жана нейровизуализация).

Негизги сөздөр: дисциркулятордук энцефалопатия, патогенез, артериалдык гипертензия, атеросклероз.

CONTEMPORARY UNDERSTANDING OF PATHOGENESIS OF HYPERTENSIVE DISCIRCULATORY ENCEPHALOPATHY

Sadyrbekova Sh.J., Tuhvatshin R.R.

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N.Elcin

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The concept of pathogenic heterogeneity of cerebral ischemia using the example of hypertensive discirculatory encephalopathy is revealed in article. Concept is based on contemporary instrumental examination data (ultrasound rheoencephalography and neuroimaging)

Key words: hypertensive discirculatory encephalopathy, pathogenesis, arterial hypertension, atherosclerosis.

Артериальная гипертензия (АГ) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ, АГ страдает от 20 до 40 % населения развитых стран. Зарубежными авторами отмечена тенденция роста распространенности АГ с возрастом: после 60 лет она достигает 60 %, а после 80 – приближается к 80 % [1]. В 95 % случаев речь идет об эссенциальной АГ, в то время как симптоматическая АГ выявляется только у 5 % больных. Кыргызстан относится к странам с очень высокой распространенностью АГ, за последние 10 лет этот показатель составлял 39,9 % среди мужчин и 41,1 % среди женщин [2].

Вследствие АГ происходит поражение сердца, сосудов, почек, головного мозга. Одно из наиболее опасных осложнений АГ – острое нарушение мозгового кровообращения. Как впервые возникший, так и повторный инсульт является непосредственной причиной смерти больного в 57 % случаев на ранних сроках и в 14 % – в отдаленном периоде [3]. Кроме того, АГ способствует формированию хронической прогрессирующей недостаточности мозгового кровообращения – дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) и сосудистой деменции [4].

Е.В. Шмидт в конце 70-х и 80-е гг. с внедрением в клиническую практику нового метода исследования - ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) свидетельствовал о процессуальности морфологических и функциональных изменений церебральной ишемии, обусловленных АГ.[5]. Во второй половине 20-го века появление современных методов исследования нейро и ангиовизуализации

привело к формированию современного понимания хронической недостаточности мозгового кровообращения и позволило сформулировать положение о том, что понятие ”хроническая церебральная ишемия” подразумевает динамический процесс и потенциальную обратимость вызываемых изменений и не является тождественным понятию «инфаркт мозга», отражающему формирование необратимого морфологического дефекта [6]. Однако в МКБ/10 (1995), как и в прежней Международной классификации болезней девятого пересмотра, термин ДЭ отсутствует [1]. В нашей стране считается адекватным употребление термина ДЭ [1] (синонимы: сосудистая энцефалопатия, ишемическая болезнь головного мозга, ангиоэнцефалопатия). Понятие «энцефалопатия» указывает на диффузную или многоочаговую патологию головного мозга и отражает клинический спектр неврологических и психических расстройств, которые являются обязательным проявлением нарушения функции мозговой структуры. Определение «дисциркуляция» отражает процесс, а не этиологию и выражает прогрессирующее развитие ишемии мозга, в результате формирования ряда мелких ишемических очагов в течение многих лет [5]. Однако структурные изменения задолго предшествуют функциональным, то есть морфологическим изменениям длительное время не проявляющимся клинически в связи с их компенсаторным купированием, то есть формированием приспособительных реакций. Таким образом, ДЭ или хроническая ишемия мозга это синдром прогрессирующего, многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся

клинически неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения. Этот термин предложен в 1971 году в НИИ неврологии РАМН известными отечественными учеными: академиком РАМН Е.В. Шмидт и кандидатом медицинских наук Г.А. Максудовым, а в 1984 г. принят на Пленуме научного Совета по неврологии [5,6].

В патогенетической классификации выделяют три подтипа ДЭ: 1) субкортикальная артериосклеротическая энцефалопатия (ДЭ бисвангеровского типа, болезнь Бисвангера), проявляющаяся диффузным поражением белого вещества головного мозга (множественными очагами неполного некроза, деструкции миелина) в результате изменения мелких перфорирующих артерий (утолщение стенок, сужение просвета). Заболевание развивается у больных артериальной гипертензией (АГ) с резкими колебаниями АД.

2) мультиинфарктные состояния - множественные небольшие инфаркты в белом веществе полушарий головного мозга, подкорковых ганглиях и основании варолиева моста. Основной причиной также является АГ с изменением интрацеребральных и магистральных артерий головы.

3) хроническая цереброваскулярная недостаточность (атеросклеротическая энцефалопатия) возникает при поражениях магистральных артерий головы. Для морфологической картины АДЭ характерны очаги неполного некроза и малые инфаркты, преимущественно поверхностные (гранулярная атрофия коры).

Подавляющее большинство больных с ДЭ старше 60 лет. Важно отметить, что у данных больных, поражение мелких артерий может быть связано с сенильным артериосклерозом, который особенно выражен в старческом возрасте. Также с возрастом увеличивается влияние различных **патогенетических и этиологических факторов**, наблюдается рост числа различных соматических заболеваний, снижение физической и социальной (уход на пенсию) активности. Ряд авторов [7,8] отмечали отсутствие «жесткой» связи между старением и атеросклерозом у лиц старше 80 лет и долгожителей. При этом не всегда предоставляется возможным отграничить признаки нормального старения от начальных признаков церебрального атеросклероза. Также следует дифференцировать дисциркуляторную энцефалопатию с амилоидной ангиопатией, значительно реже - с воспалительными или наследственными ангиопатиями (например, церебральная аутосомно-доминантная ангиопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией - ЦАДАСИЛ) [1,9]. Так, актуальность проблем ДЭ с одной стороны определяется общей тенденцией к увеличению продолжительности жизни населения и с другой - появлением большого количества факторов риска и распространенностью ишемических нарушений мозгового кровообращения, возможным исходом ДЭ в виде инсульта и сосудистой деменции. Это требует пересмотра отношения медицины и общества к хроническим формам цереброваскулярной патологии, как к бесперспективному в плане лечения и реабилитации заболеванию [1].

Рассматривая вопросы патогенеза гипертонической энцефалопатии, следует отметить, что в условиях АГ изменяется ауторегуляция мозгового кровообращения, причем вовлекаются магистральные артерии головы (МАГ), экстра- и интрацеребральные артерии, сосуды микроциркуляторного русла, и венозная система, что доказано работами отдельных исследователей [1,3,9]. Также параллельно может развиваться атеросклеротический процесс, который на ранних стадиях своего развития поражает сосуды крупного калибра [10], при этом процесс старения более ощутим в сосудах мелкого калибра [11]. В современных клинко-диагностических условиях характер и степень поражения магистральных сосудов можно оценить по данным УЗДГ [12,13], а эластичность артерий мелкого и среднего калибра по данным РЭГ [14]. Это позволяет судить о степени изменений сосудистого русла при ДЭ обусловленного ГБ, атеросклерозом или синильным процессом. При этом данные электроэнцефалографии [15] и нейровизуализационных методов исследования [16] помогают оценить степень функциональных и морфологических изменений различных структур головного мозга в зависимости от тяжести патологического процесса. Данный комплекс инструментальных исследований важно проводить всем больным с гипертонической энцефалопатией.

Обобщения и выводы.

Таким образом, важным этапом в понимании патогенеза ДЭ является концепция патогенетической гетерогенности ишемических поражений головного мозга, разработанная учеными Научного центра неврологии РАМН [17]. Данная концепция находит свое отражение в особенностях клинической, нейровизуализационной и морфологической картины заболевания. В основе концепции лежит методология системного подхода, сущностью которого является рассмотрение объектов изучения в виде единой системы, т.е. совокупности элементов, связанных взаимодействием [18]. Это позволило представить артериальную систему головного мозга тремя основными структурно-функциональными уровнями: магистральные артерии головы, экстра- и интрацеребральные артерии, сосуды микроциркуляторного русла. Установлено, что в процессе развития и прогрессирования АГ на всех структурно-функциональных уровнях сосудистой системы головного мозга происходят первичные (острых, повторных) деструктивные, вторичные (репаративные) изменения и адаптивные процессы, объединенные общим термином гипертоническая ангиопатия головного мозга [19]. Также на ряду с поражением артерий различного калибра большое значение имеет нарушение венозного компонента церебральной гемодинамики. Вышеуказанная концепция основана на выявлении с помощью дополнительных методов исследования (ультразвука, реоэнцефалографии и нейровизуализационных данных) объективных, упорядоченных изменений сосудов с соответствующими морфологическими и гемодинамическими особенностями, возникающими при артериальной гипертензии и атеросклерозе на каждом уровне, что позволило объединить их в одну систему.

Литература:

1. Кадыков А.С., Шахпоронова Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга / А.С. Кадыков, Н.В. Шахпоронова. – Москва, 2007. – 209 с.
2. Демографический ежегодник Кыргызской Республики. Годовая публикация 2003-2007г. / Национальный статистический комитет КР. – Бишкек, 2008. – С. 392.
3. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия в пожилом и старческом возрасте. // И.В. Дамулин: Автореф. дис. д-ра.мед.наук. - Москва, 1997. – 32 с.
4. Федин А.И., 2005; Варакин Ю.Я., Ощепкова Е.В., Горностаева Г.В. и др., 2010; Котова Е.Ю., Машин В.В., 2010; Barnett H.J.M., 2007; Culebras A., 2007; Buljjan K., Janculjak D., Soldo Butkovic et al., 2007; Yu K.H., Koh I.S., Jung S. et al., 2007.
5. Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга / Е.В. Шмидт // Журнал неврологии и психиатрии. – 1985. – Т.85, №9. – С.1284-1288.
6. Факторы риска развития артериальной гипертензии и метаболических нарушений у практически здоровых мужчин/ Р. И. Стрюк // Кардиология. - 2014. - № 2. - С. 13-17. 41.
7. Харченко, Е. П. Артериальная гипертензия: расширяющийся патогенетический континуум и терапевтические ограничения / Е. П. Харченко // Терапевтический архив. - 2015. - № 1. - С. 100-104. - Библиогр.: с. 103-104 (21 назв.).
8. Холостова Е.И., Рубцов А.В. Социальная геронтология / Е.И. Холостова, А.В. Рубцов. - Уч.пособие.- М.: Изд.торговая Корпорация «Дашков и К», 2005.-154 с.
9. Гипертоническая энцефалопатия: роль артериовенозных взаимоотношений в формировании ее клинико-патогенетических подтипов/ Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/ Научный центр неврологии РАМН. Москва 2010– 34 с.
10. Андрианова Е.В. Зависимость показателей бульбарной микроскопии от стадий атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии и возраста / Е.В.Андрианова // Ежегодный сборник статей, мед.факультета КРСУ, Бишкек. – 2009. – С. 39-43.
11. Андрианова Е.В. Особенности кровенаполнения сосудистых бассейнов головного мозга у практически здоровых людей пожилого и старческого возраста / Е.В. Андрианова // Вестник КРСУ. Том 10, №4, Бишкек. -2010. – С. 134-138.
12. Евстигнеев В.В.Транскраниальная доплерография в диагностике дисциркуляторной энцефалопатии / В.В. Евстигнеев, Е.А. Юриевич // Белорусская медицинская академия последипломного образования. – Беларусь, 2005. - С.4-6.
13. Ультразвуковая доплерография сосудов дуги аорты и их ветвей: Метод. рекомендации / Сост.: Г.И. Кунцевич. - Москва, 1996. - 27 с.
14. Торшин М.Б. Диагностические возможности метода реоэнцефалографии (РЭГ) при сосудистых заболеваниях головного мозга / М.Б Торшин, Н.Ф. Егорова // Актуальные вопросы клинической медицины. - 1996.- №6. - С. 135.
15. Кайшибаева Г.С., Хан И.В. Изменение биоэлектрической активности головного мозга при ранних и поздних формах атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатии / Г.С. Кайшибаева, И.В. Хан // Актуальные проблемы неврологии: Тез. докл. – Казахстан, 2005. - С. 104-105.
16. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы / А.В. Холин. - М: Медицина, 2000. – 176 с.
17. Верецагин Н.В., Суслина З.А., 2005; Верецагин Н.В., Гулевская Т.С., Моргунов В.А., 2005; Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верецагин Н.В., 2006; Суслина З.А., 2007
18. Верецагин Н.В., Гулевская Т.С., Моргунов В.А., 2005
19. Верецагин Н.В., Моргунов В.А., Гулевская Т.С., 1997; Верецагин Н.В., 2001.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ КУМЫСА, НАПИТКА АКТЫК И УГЛЕКИСЛОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ НА МОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ КИШЕЧНИКА У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Атабаев И. Н., Ибрагимова М.Ж., Белов Г.В.

Ошский государственный университет

Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н.Ельцина

Ош, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведены рандомизированные сравнительные клинические исследования влияния кумыса и напитка Актык на моторную функцию кишечника у женщин с метаболическим синдромом. Показано усиление моторной функции кишечника, оцениваемой при помощи компьютерной фоноэнтерографии, а также снижение веса и индекса массы тела при лечении природными лечебными напитками.

Ключевые слова: метаболический синдром, минеральная вода, кумыс, моторная функция кишечника, фоноэнтерография.

«АКТЫК» СУУСУНДУГУН, КӨМҮР КЫЧКЫЛ МИНЕРАЛДЫК СУУСУН ЖАНА КЫМЫЗДЫ КОЛДОНУУ МЕНЕН АЯЛДАРДАГЫ МЕТАБОЛИЗМДИК СИНДРОМУНДА ИЧЕГИНИН КЫЙМЫЛ ИШ АРАКЕТИНИН САЛЫШТЫРМАЛУУ КЛИНИКАЛЫК ИЗИЛДӨӨСҮ

Атабаев И. Н., Ибрагимова М.Ж., Белов Г.В.

Ош мамлекеттик университети

Б.Н.Ельцина атындагы Кыргыз-Орус Славян университети

Ош, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. «Актык» суусундугун жана кымызды колдонуу менен аялдардагы метаболизмдик синдромунда ичегинин кыймыл иш аракетинин салыштырмалуу клиникалык изилдөөсү. Компьютердик фоноэнтерографиянын жардамы менен баалануучу ичегинин кыймыл иш аракетинин күчөөсү, ошондой эле табигый дары суусундуктары менен дарылоодо салмактын жана дененин массалык индексинин төмөндөөсү көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: метаболизмдик синдром, минералдык суу, кымыз, ичегинин кыймыл иш аракети, фоноэнтерография.

COMPARATIVE CLINICAL STUDIES INVOLVING KOUMISS, BEVERAGE AKTYK AND CARBON MINERAL WATER ON THE MOTOR BOWEL FUNCTION IN WOMEN WITH METABOLIC SYNDROME

Atabaev J.N., Ibragimova M.J., Belov G.V.

Osh State University

Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N.Elcin

Osh, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. It is carried out a randomized comparative clinical study of the effect of koumiss and beverage Aktyk on motor function of the intestine in women with metabolic syndrome. It is marked the aggravation of bowel motor function, assessed by a computer fonenterography, as well as reducing weight and body mass index in the treatment of natural medicinal drink.

Keywords: metabolic syndrome, mineral water, mare, motor function of the intestine, phonoenterography.

Известно, что при ожирении и метаболическом синдроме (МС) ослабляется моторная функция кишечника, что приводит к хроническим запорам [1, 2, 3]. Для лечения МС с успехом используют природные лечебные средства, в том числе применение минеральных вод и кумыс [4, 5, 6, 7]. В последнее время на рынке Кыргызстана появились новые упакованные кисломолочные продукты, которым приписывают различные лечебные свойства. Это напитки Актык, Аршан, Тан, Чалап и др.

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка моторной функции кишечника у женщин с метаболическим синдромом при действии напитка Актык, кумыса и бутылированных минеральных вод.

Дизайн исследования.

В амбулаторных условиях проведено рандомизированное сравнительное плацебо-контролируемое исследование 75 женщин репродуктивного возраста.

60 женщин с МС были подразделены на 4 основные группы, рандомизированные по возрасту и

степени выраженности ожирения:

Группа О1) Женщины с МС, получающие минеральную воду Кара-Шоро (n -15).

Группа О2) Женщины с МС, получающие кумыс (n -15).

Группа О3) Женщины с МС, получающие напиток Актык (n -15).

Группа О4) Женщины с МС, получающие природную питьевую воду «Легенда» (n -15). Данная вода рассматривалась как плацебо.

Возраст женщин колебался от 18 до 55 лет. Средний возраст женщин основных групп 37,4±1,7 лет. Средний вес 84,4±1,6 кг. Средний ИМТ – 33,7±1,8 кг/м².

Метаболический синдром диагностировался на основании повышенного индекса массы тела (ИМТ >30 кг/м²), повышению объема талии (ОТ >88 см), гипергликемии натощак (ГТ>6,5 ммоль), гипертриглицеридемия (уровень ТГ более 1,7 ммоль/л).

Контрольную группу составили 15 женщин нормального питания (ИМТ не более 25 кг/м²), получающие

в течение 10 дней напиток Актык (n -15). Средний возраст женщин контрольной группы составили 34,9±1,5 лет.

Доза напитков составляла 1 литр ежедневно в течение 10 дней. Использовалась бутылированная вода «Кара-Шоро» выпускаемая ОсОО «Келечек», бутылированная вода «Легенда», выпускаемая фирмой «Шоро», напиток «Актык», выпускаемый ОсОО «Эм-Актык», а также кумыс из Алайского района Ошской области, приготовленный по традиционной технологии.

Напиток «Актык» относится к кисломолочным обезжиренным продуктам с фитодобавками. Состав его вода артезианская, молоко коровье обезжиренное, корни трав, закваска. Пищевая ценность в 100 гр продукта: Белки - 1,3 г, жиры - 1,55 г, углеводы - 2,31 г. Энергетическая ценность: 15,9 ккал

Кумыс - национальный напиток из кобыльего молока полученный в результате молочнокислого и спиртового брожения при помощи болгарской и ацидофильной молочнокислых палочек и дрожжей. Калорийность его – всего 50 килокалорий, в 100 граммах кумыса содержится чуть больше 2 г белков, 5 г медленно усвояемых углеводов, 1,9 г полиненасыщенных жиров.

Бутылированная минеральная вода «Кара-Шоро - 5» согласно национального стандарта Кыргызской Республики КМС 252-2005 – воды минеральные питьевые лечебные и лечебно-столовые, является лечебно-столовой среднеминерализованной гидрокарбонатно-хлоридной натриевой, железистой, естественно газированной.

Бутылированная вода «Легенда» согласно национального стандарта Кыргызской Республики КМС 943-2005 – воды природные питьевые – является природной питьевой водой ледникового происхождения высшей категории качества, суперпресной. Лечебными свойствами не обладает, использована в качестве плацебо.

Методы исследования:

1. Соматометрические измерения (рост, вес, расчет индекса массы тела, окружность груди, окружность живота, окружность бедер).
2. Индекс массы тела рассчитывали по формуле $ИМТ = \text{вес (кг)} : (\text{рост (м)})^2$.
3. Стандартное клинико-лабораторное обследование.
4. Биохимический анализ крови на сахар, холестерин, липопротеидный профиль, печеночные тесты.
5. Компьютерная фоноэнтерография.

ФЭГ проводили утром натощак и через 20 минут после приема 200 мл минеральной воды или напитка.

Звуки снимаются микрофоном в четырех точках передней брюшной стенки в течение 1 минуты при свободном дыхании и при задержке дыхания на 10 сек, цифровые сигналы усиливаются и записываются на компьютер (рис.1).

ЖКТ человека издает высокоамплитудные, среднеамплитудные и низкоамплитудные звуки. Высокоамплитудные звуки можно услышать без каких-то приспособлений находясь рядом с человеком. Это отрыжка воздухом, отхождение газов и урчание кишечника при определенном питании. Среднеамплитудные звуки, длящиеся 1-2 секунды, слышит сам человек и врач при помощи фонендоскопа. Они не постоянные. Компьютерному анализу на современном этапе не подлежат. Низкоамплитудные звуки трудно расслышать при помощи фонендоскопа, зато они обладают устойчивой периодичностью и определенными параметрами, которые могут быть подвергнуты количественной оценке [8, 9, 10,11]. Низкоамплитудные сигналы регистрируются на ФЭГ постоянно с частотой 10-20 Гц. Длительность сигнала составляет от 30 до 50 миллисекунд. Полученная запись количественно анализируется при помощи звукового редактора. Для оценки моторной функции ЖКТ используются следующие параметры звука: пиковая амплитуда (ПА) и средняя амплитуда (СА) в децибелах, частота звука (Ч) в герцах, длительность сигнала (Д) в миллисекундах.

Исследования проводили до приема напитков и на 10 день приема. Специальной диеты не назначали. Двигательный режим – обычный. Следили за ограничением приема алкоголя.

Обработка результатов проводилась при помощи компьютерных программ вариационной статистики для параметрических показателей с применением критерия Стьюдента для параллельного распределения. Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Полученные результаты и их обсуждение.

При соматометрическом исследовании у женщин с МС выявлено достоверное повышение массы тела, ИМТ, живота, бедер по сравнению с контрольной группой. Функциональное исследование гемодинамики у женщин с МС показало достоверное более высокое давление. Биохимическое исследование крови выявило, что у большинства женщин опытной группы показатели содержания холестерина и липопротеидов лежат в зоне риска, несколько превышая возрастную норму (табл. 1).

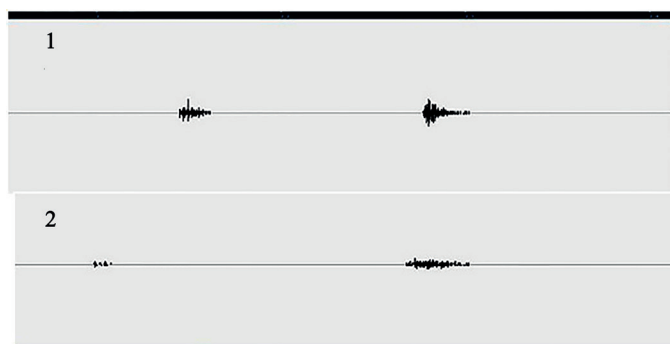


Рисунок 1. Низкоинтенсивные звуки ФЭГ у женщин контрольной группы (1) и с метаболическим синдромом (2) натощак

Таблица 1.

Показатели холестеринового и углеводного обмена у женщин опытной и контрольной групп

Группа	Холестерин ммоль/л	ЛПВП ммоль/л	ЛПНП ммоль/л	Сахар ммоль/л
Основная группа в среднем	5,7 $\pm$ 0,4	2,82 $\pm$ 0,4	4,12 $\pm$ 0,6	6,6 $\pm$ 0,5
контрольная	4,2 $\pm$ 0,5	1,87 $\pm$ 0,5	2,52 $\pm$ 0,6	4,2 $\pm$ 0,6

Примечание: * - критерий различий с контрольной группой $p < 0,05$

Таблица 2.

Динамика соматометрических показателей у женщин основных и контрольной группы при курсовом применении минеральной воды и кисломолочных напитков (Δ от исходного уровня)

Группа	Вес (кг)	ИМТ (кг/м ²)	Окружность талии (см)	Окружность бедер (см)
О1 (Кара-Шоро)	-1,7 $\pm$ 0,4 *	-1,0 $\pm$ 0,2 *	-3,1 $\pm$ 0,4 *	- 1,5 $\pm$ 0,4 *
О2 (кумыс)	-1,6 $\pm$ 0,4 *	-0,9 $\pm$ 0,2 *	-2,8 $\pm$ 0,4 *	- 1,2 $\pm$ 0,4
О3 (Актык)	-0,7 $\pm$ 0,3 *	-0,6 $\pm$ 0,2 *	-1,2 $\pm$ 0,4 *	- 1,2 $\pm$ 0,5
О4 (Легенда)	-0,5 $\pm$ 0,3	-0,5 $\pm$ 0,2	-0,7 $\pm$ 0,4	-0,2 $\pm$ 0,2
контрольная	-0,4 $\pm$ 0,2	-0,2 $\pm$ 0,1	- 0,4 $\pm$ 0,1 *	-0,2 $\pm$ 0,1

Примечание: * - критерий достоверности с исходным уровнем ($p < 0,05$).

Таблица 3.

Динамика биохимических показателей у женщин основных и контрольной группы при курсовом применении минеральной воды и кисломолочных напитков (Δ от исходного уровня)

Группа	Холестерин ммоль/л	ЛПВП ммоль/л	ЛПНП ммоль/л	Сахар ммоль/л
О1 (Кара-Шоро)	- 0,7 $\pm$ 0,2 *	-0,6 $\pm$ 0,2 *	-0,7 $\pm$ 0,2 *	-0,6 $\pm$ 0,2 *
О2 (кумыс)	-0,9 $\pm$ 0,2 *	-0,8 $\pm$ 0,2 *	-0,9 $\pm$ 0,2 *	-0,6 $\pm$ 0,2 *
О3 (Актык)	-0,8 $\pm$ 0,2 *	-0,8 $\pm$ 0,2 *	-0,9 $\pm$ 0,2 *	-0,7 $\pm$ 0,2 *
О4 (Легенда)	- 0,2 $\pm$ 0,1	- 0,1 $\pm$ 0,1	- 0,1 $\pm$ 0,1	- 0,1 $\pm$ 0,1
контрольная	- 0,3 $\pm$ 0,1*	0,3 $\pm$ 0,2	0,3 $\pm$ 0,2	- 0,2 $\pm$ 0,1

Примечание: * - критерий достоверности с исходным уровнем ($p < 0,05$).

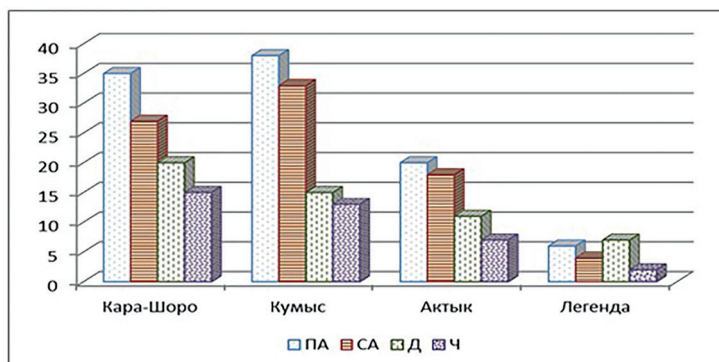


Рисунок 2. Параметры компьютерной ФЭГ при курсовом потреблении минеральной воды Кара-Шоро, кумыса и напитка Актык.

У женщин контрольной группы показатели соответствуют норме. Достоверно различие содержания холестерина в опытной и контрольной группе. Также у женщин с МС незначительно выше нормы среднее содержание сахара, достоверно отличаясь от контрольной группы.

Параметры ФЭГ были очень вариабельны и характеризовались неравномерным распределением, как в контрольной, так и в основной группе. Различия между показателями Ч и Д в обеих группах было не достоверным. ПА и СА в основных группах были достоверно на 27% и на 24% ниже, чем в контрольной группе.

После пробы с МВ достоверно у каждой обследованной обеих групп возрастали показатели ПА, СА на 40-50%, Д увеличивался на 10-20%, частота звуковых сигналов изменялась незначительно.

Десятидневный курс МВ Кара-Шоро оказал умеренное слабительное и желчегонное действие, масса тела у женщин с метаболическим синдромом в группе О1 снизилась в среднем на $1,7 \pm 0,4$ кг, также достоверно ($p < 0,05$) снизился ИМТ, объем талии (табл.2).

Биохимическое исследование выявило снижение уровня холестерина и сахара крови до контрольных величин (табл.3). Достоверное снижение холестерина мы связываем с повышением выведения его с желчью, и уменьшением всасывания липидов из-за слабительного действия. Все обследуемые с удовольствием пили минеральную воду, побочных эффектов и осложнений не отмечено.

Компьютерная ФЭГ показала рост всех исходно сниженных показателей на 15-35% (Рис.2)

Кумыс оказал существенный положительный эффект на изучаемые показатели. Масса тела снизилась на $1,6 \pm 0,4$, достоверно снизился ИМТ и окружность талии, но самая выраженная динамика наблюдалась со стороны холестерина крови и липопротеидов. По нашему мнению, кумыс прежде всего влияет на метаболические функции организма.

Кумыс значительно повысил амплитуду кишечных звуков, умеренно длительность и частоту сигналов.

Напиток «Актык» привел к менее выраженной, но все же достоверной динамике соматометрических показателей, достоверно повысились три показателя ФЭГ, но лучше всего повлиял на показатели биохимии крови. Это мы связываем не столько с его низкой калорийностью и химическим составом жидкости, сколько с наличием фитокомпонентов, активно влияющих на метаболизм холестерина и углеводов.

Природная питьевая вода «Легенда» в соответствии со своим назначением (суперпресная, экологически чистая) не оказала заметного влияния на течение метаболического синдрома и использована было нами в качестве группы плацебо.

В контрольной группе положительная динамика этих показателей была незначительной ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Минеральная вода «Кара-Шоро», Кумыс и напиток Актык обладают щадящим слабительным и желчегонным действием по сравнению с медикаментами, служат хорошим дополнением к еде, могут быть использованы как освежающие напитки, является дешевым эффективным средством профилактики и лечения метаболического синдрома.

2. Быстрого сброса веса легко достичь за счет колоногидротерапии или строжайшей диеты, но потом вес вновь растет. Исследованные минеральные воды и кисломолочные напитки оказывают саногенное действие через активацию моторной функции и могут применяться достаточно долго без побочных эффектов.

Литература:

1. Вахрушев Я.М. Изучение двигательной функции тонкой кишки при метаболическом синдроме [Текст] / Я.М.Вахрушев, М.В. Ляпина, В.Ф. Булычев, В.А. Зеленин // XI съезд НОГР. Тезисы докл. – М.: ЦНИИ гастроэнтерологии. – 2011. – С. 123.
2. Новикова В.П. Состояние кишечной моторики при ожирении / Новикова В.П., Алешина Е.И. // Вопросы детской диетологии. 2014. Т. 12. № 4. С. 35-40.
3. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре // Лечащий врач. 2015. № 8. С. 7-17.
4. Кривошеев А.Б. Применение хлоридно-гидрокарбонатной натриевой минеральной воды при метаболическом синдроме / Кривошеев А.Б., Куимов А.Д., Хавин П.П. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2009. № 1. С. 14.
5. Михайленко Л.В. Комплексное применение фитотерапии и минеральных вод для коррекции метаболического синдрома на этапе санаторно-курортного лечения / Михайленко Л.В. автореф. дис. канд. мед.наук. Москва, 2011
6. Уйба В.В. Применение немедикаментозных программ для коррекции метаболического синдрома / Уйба В.В., Котенко К.В., Орлова Г.В. // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2011. № 1. С. 40-42.
7. Способ коррекции метаболического синдрома с применением кумыса и гипобаротерапии / Гильмутдинова Л.Т., Юсупова Р.М., Янтурина Н.Х., и др. // патент на изобретение 2472514 22.03.2012
8. Атабаев И.Н. Влияние природных минеральных вод и целебных напитков на моторную функцию кишечника [Текст] / И.Н. Атабаев, Г.В. Белов // Вестник ОмГУ. 2012. №3. приложение 2. – С. 25-27.
9. Felder S. Usefulness of bowel sound auscultation: a prospective evaluation. / Felder S, Margel D, Murrell Z, Flesher P. // J Surg Educ. 2014 Sep-Oct; 71(5):768-73.
10. Santamaria JI. Sugrue M. Computerized phonoenterography: the clinical investigation of a new system / M. Sugrue, M. Redfern // J ClinGastroenterol. 1994 Mar; 18(2):139-44.
11. Сафронов Б. Г. Компьютерная фоноэнтерография в оценке моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта у здоровых детей / Б. Г. Сафроновидр. // Физиология человека. - 2006. - Т. 32, N 1. - С. 139-142

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ДЕКСТРОКАРДИИ И НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА

Гайназарова А.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представленный клинический случай демонстрирует сочетание декстрокардии и транспозиции внутренних органов с нарушением сердечного ритма, а именно наджелудочковой экстрасистолией и нижнепредсердным эктопическим ритмом у пациента молодого возраста.

Ключевые слова: декстрокардия, полная транспозиция органов, нарушения ритма сердца.

ЖАШ КУРАКТАГЫ АДАМДАРДАРДАГЫ ЖҮРӨКТҮН ОҢ ЖАКТА ЖАЙГАШУУСУ ЖАНА ОРГАНДАРДЫН ОРДУНАН АЛМАШЫП КЕТҮҮСҮ МЕНЕН ЖҮРӨКТҮН ЫРГАГЫНЫН БУЗУЛУУСУНУН АЙКАЛЫШЫ ТУУРАЛУУ КЛИНИКАЛЫК УЧУР

Гайназарова А.С., Ибрагимова Т.М., Калиев Р.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Сунушталган клиникалык учур жаш курактагы адамдардардагы жүрөктүн оң жакта жайгашуусу жана органдардын ордуна алмашып кетүүсү менен жүрөктүн ыргагынын бузулуусунун айкалышканын көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жүрөктүн оң жактагы жайгашуусу, органдардын ордуна толук алмашып кетүүсү, жүрөктүн ыргагынын бузулуусу.

CLINICAL CASE OF THE COMBINATION OF DEXTROCARDIA AND SITUS INVERSUS WITH ARRHYTHMIAS

Gaynazarova A.S., Ibragimova T.M., Kaliev R.R.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Presented clinical case shows a combination of dextrocardia and transposition of internal organs with arrhythmias, namely supraventricular extrasystole and ectopic atrial pacemaker rhythm in young age patient.

Keywords: dextrocardia, transposition of internals, arrhythmias.

Аномалии расположения сердца - один из сложнейших разделов в проблеме врожденных пороков сердца, могут быть результатом как неправильного развития самого сердца, так и влияния экстракардиальных причин [1]. Частота данных аномалий составляет 1,5 - 3,4 % среди всех случаев врожденных пороков сердца [2].

Декстрокардия (*dextrocardia*; лат. *dexter* правый + греч. *kardia* сердце) – аномалия развития, характеризующаяся расположением большей части сердца в грудной клетке вправо от срединной линии тела. Данная аномалия может сочетаться с полным эмбриональным поворотом на 180 градусов всех внутренних органов (лат. *Situs inversus viscerum*), которые имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным местонахождением. Верхушка сердца обращена вправо (сердце находится с правой стороны), трёхдольным является левое лёгкое, двудольным — правое лёгкое. Кровеносные сосуды, нервы, лимфатические сосуды и кишечник также инвертированы. Печень и желчный пузырь находятся в левом подреберье [2].

Декстрокардия формируется в первые недели внутриутробного развития. Причины возникновения ее неизвестны, но предположительно, она может быть следствием генных мутаций или инфекций, перенесенных женщиной во время беременности.

В 1974 г. В. П. Подзолковым и соавт. [3] предложена классификация, в которой указаны наиболее часто встречающиеся варианты расположения органов брюшной полости:

1) правосформированное праворасположенное

сердце с нормальным расположением органов брюшной полости,

2) правосформированное срединно-расположенное сердце с нормальным расположением органов брюшной полости,

3) правосформированное леворасположенное сердце с обратным расположением органов брюшной полости или абдоминальной гетеротаксией,

4) левосформированное праворасположенное сердце с обратным расположением органов брюшной полости,

5) левосформированное леворасположенное сердце с обратным расположением органов брюшной полости,

6) неопределенно-сформированное лево-, право- или срединно-расположенное сердце с абдоминальной гетеротаксией.

При проведении объективного обследования и инструментальной диагностики к пациентам с декстрокардией необходим индивидуальный подход, в связи с различными видами местонахождений сердца в грудной клетке, а также взаиморасположений самих камер сердца.

Заподозрить аномальную локализацию сердца справа можно при объективном обследовании, а подтвердить - при проведении ЭКГ. При обычной записи ЭКГ в I стандартном отведении все зубцы комплекса QRST направлены вниз. ЭКГ во II отведении соответствует кривой, записанной в III стандартном отведении. ЭКГ в отведении aVR подобна картине, наблюдаемой в aVL,

и наоборот, а в отведении aVF изменений нет. В левых грудных отведениях ЭКГ имеет вид rS, а в правых грудных отведениях регистрируется высокий зубец R [4].

Большое значение в определении декстрокардии имеет рентгенодиагностика. При зеркальной декстрокардии в прямой проекции сердце больше расположено в правой половине грудной клетки и повернуто вокруг анатомической оси на 180°. При этом определяется зеркальное отображение полостей сердца и магистральных сосудов. Верхушка сердца образована левым желудочком и находится справа. Левое предсердие участвует в образовании правого контура сердца и его верхушки. Правое предсердие и желудочек проецируются слева от грудины. Дуга аорты переходит не через левый, а через правый бронх. Нисходящая аорта локализуется справа от позвоночника. Восходящая аорта и тень верхней полой вены проецируются слева, а дуга легочного ствола видна справа [5].

При ультразвуковом исследовании внутренних органов печень и желчный пузырь перемещены влево, желудок и селезенка — вправо.

При отсутствии других врожденных пороков сердца, люди с транспозицией внутренних органов могут вести нормальный образ жизни, без каких-либо осложнений, связанных с вариантом их анатомического строения [6].

Сочетание декстрокардии и нарушений сердечного ритма в литературе мало описано. Нам удалось найти лишь статью, посвященную описанию клинического случая сочетания декстрокардии и нарушения проводимости сердца, а именно с синдромом слабости синусового узла [5].

В связи с этим представляет интерес наш случай сочетания нижнепредсердного эктопического ритма и наджелудочковой экстрасистолической аритмии с декстрокардией.

В январе 2016 года в отделение нарушений ритма сердца НЦКиТ имени Академика Мирсаида Миррахимова поступил больной А. 1994 года рождения.

При поступлении больной предъявлял жалобы на колющие боли в прекардиальной области без иррадиации,

возникающие вне зависимости от физической нагрузки, проходящие самостоятельно, сердцебиение, перебои в работе сердца, одышку при подъеме на второй этаж.

Из анамнеза заболевания: в течение многих лет беспокоят колющие боли в области сердца, одышка и сердцебиение. Ранее не обследовался, не лечился. В декабре 2015г. при прохождении медицинской комиссии в районном военкомате у пациента выявили правосформированное праворасположенное сердце, нижнепредсердный эктопический ритм. Для уточнения диагноза и коррекции лечения больной был госпитализирован.

При объективном обследовании общее состояние пациента было удовлетворительным. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Отеков нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа мягкая, подвижная, не увеличена. Грудная клетка симметричная, обе половины активно участвуют в акте дыхания. При аускультации над легкими везикулярное дыхание. Частота дыхания 17 в минуту. Область сердца при осмотре не изменена. Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см кнутри от правой среднеключичной линии. Перкуторно правую границу сердца определяли в 4-м межреберье на 2 см медиальнее от правой среднеключичной линии, верхнюю – в 3-м межреберье по правой среднеключичной линии, левую – по левому краю грудины. Аускультативно тоны сердца звучные, ритм неправильный, экстрасистолическая аритмия. Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печеночная тупость определяется слева, размеры печени по Курлову не увеличены. При пальпации нижний край печени ровный, безболезненный.

Со стороны лабораторных, клинических и биохимических анализов изменений не выявлено.

На рис. представлена электрокардиограмма пациента, где зарегистрированы: нижнепредсердный эктопический ритм. Частота сердечных сокращений 64 удара в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. Наджелудочковые экстрасистолы.

Суточное ЭКГ-мониторирование: запись проводилась в течение 22 часов 33 минут. Во время

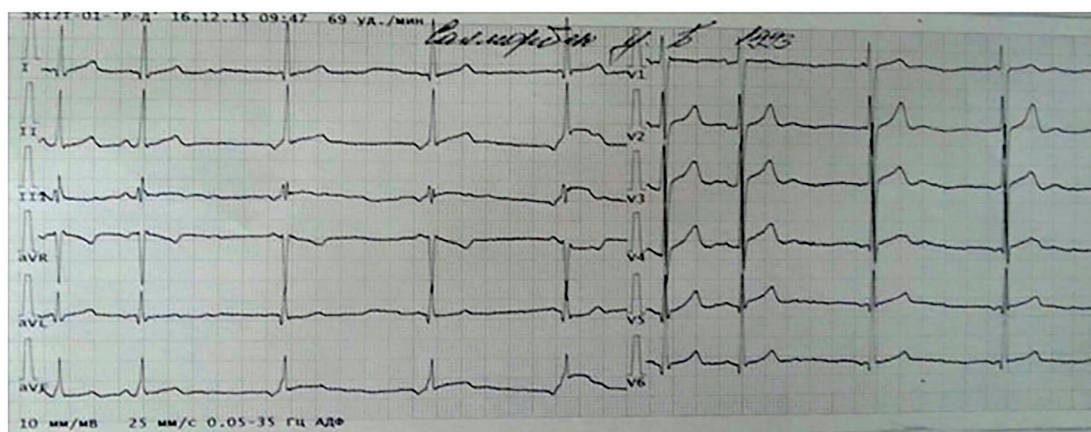


Рис. Электрокардиограмма пациента с декстрокардией, нижнепредсердным ритмом и экстрасистолической аритмией

исследования основной ритм синусовый. Средняя частота сердечных сокращений - 62 удара в минуту, максимальная - 178 ударов в минуту в 17:47:23, минимальное число сердечных сокращений - 46 ударов в минуту в 02:42:11. С 16:00 до 07:30 левопредсердный эктопический ритм непрерывно-рецидивирующая форма (с короткими эпизодами синусового ритма) с частотой сердечных сокращений 46-70 ударов в минуту. Желудочковых экстрасистол - 27, монотопные. Суправентрикулярных экстрасистол - нет. Признаков ишемии нет. Эпизод синусовой тахикардии с частотой сердечных сокращений 140-176 ударов в минуту в 17:46:00, продолжительностью четыре минуты.

30 - минутное ЭКГ мониторинг: на фоне синусового ритма определяются редкие суправентрикулярные экстрасистолы.

При эхокардиографии выявлено правостороннее праворасположенное сердце. Полости сердца не расширены. Нарушений локальной сократимости миокарда не обнаружено. Межжелудочковая перегородка и межпредсердная перегородка - интактны. Систолическая функция левого желудочка сохранена (фракция выброса 65% по Teichholz). Нарушений диастолической функции нет.

Рентгенография органов грудной клетки. Заключение: зеркальная дэкстрокардия.

УЗИ внутренних органов: полный поворот внутренних органов.

Данные всех обследований свидетельствуют о наличии у пациента редкой врожденной патологии, такой как дэкстрокардия.

Интерес данного клинического случая представляет собой сочетание дэкстрокардии с нижнепредсердным эктопическим ритмом и наджелудочковой экстрасистолией. У пациента А. нарушения ритма проявляются в виде ощущения

перебоев в работе сердца, сердцебиения, слабости. Хотя на суточном ЭКГ - мониторингировании не удалось зарегистрировать наджелудочковые экстрасистолы, на разовой ЭКГ и при проведении в отделении 30 минутного ЭКГ - мониторингирования не раз фиксировались частые наджелудочковые экстрасистолы. Из анамнеза пациента известно, что перебои в работе сердца, тахикардию, одышку он ощущает с детства. Следовательно, можно предположить, что данные нарушения ритма являются врожденными и не представляют угрозу для нашего пациента.

Данный клинический случай представляет интерес для врачей-кардиологов как редкое сочетание аномалии расположения сердца с нарушением сердечного ритма.

Литература:

1. Белоконов Н. А., Кубергер М. Б. *Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей: В 2 томах, Т. 1.* — М.: Медицина, 1987. — С. 448 : ил.
2. Мутафьян О.А. *Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков/ СПб.: Издательский дом СПбМАПО, — 2005. — С. 480.*
3. Белоконов Н.А. *Врожденные пороки сердца/В.П. Подзолков// М.: Медицина, — 1990. — С. 352.*
4. Задионченко В.С. *Особенности электрокардиографии при редко встречающихся врожденных пороках сердца/Г.Г. Шехян, А.М. Щикота, А.А. Ялымов// Педиатрия. — 2014; — №02: — С. 53-58.*
5. Фролов А.И. *Случай сочетания дэкстрокардии и синдрома слабости синусового узла/ С.В. Лизогуб, Ю.В. Зинченко, Н.В. Пелех// Украинский кардиологический журнал. — 2005; - №1: — С. 97-102.*
6. *Исследовано в России [Электронный ресурс]: Журн. Креативная онкология и хирургия/ Волгоградский государственный медицинский университет.—Электрон. журн. — г. Волгоград: 2012. — Режим доступа: <http://eoncolog.com/redkij-sluchaj-sochetaniya-gist-zheludka-i-situs-inversus-t>.*

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТЬЮ (НАУЧНЫЙ ОБЗОР)

Халимова С.Д., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье приводятся основные моменты лечения в комплексной реабилитации нейросенсорной тугоухости. Предложенная статья показывает эффективность сочетания медикаментозной терапии и физиотерапевтического воздействия для улучшения функции проводящих путей слухового анализатора, что позволяет проводить реабилитацию больных с данной патологией.

Ключевые слова: нейросенсорная тугоухость, реабилитация, физиотерапия.

НЕЙРОСЕНСОРДУК КУЛАГЫ КАТУУЛУК МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫ КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮДӨГҮ ДАРЫЛООНУН ФИЗИКАЛЫК ЫКМАЛАРЫ

Халимова С.Д., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада нейросенсордук кулагы катуулукту (начар угууну) комплекстүү калыбына келтирүүдөгү дарылоонун негизги мерчемдүү учурлары келтирилген. Сунуш кылынган макала медикаменттик терапия менен физиотерапевтик таасир берүүнү айкалыштыруунун натыйжалуулугун көрсөтөт. Угуу анализаторунун жолдорунун өткөрүү жөндөмдүүлүгүн жакшыртуу мындай патологиясы бар бейтаптардын абалын ондоого жардам берет.

Негизги сөздөр: нейросенсордук кулагы катуулук, калыбына келтирүү, физиотерапия.

PHYSICAL METHODS OF TREATMENT AND COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH NEUROSENSORY HEARING LOSS (SCIENTIFIC REVIEW)

Khalimova S.D., Nasyrov V.A., Alymkulov R.D.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article treatment the main treatment in complex rehabilitation of neurosensory hearing loss. Is given in this article offered article shows the efficiency of a combination of medicamentous therapy and physiotherapeutic influence for improvement of function of the conductive ways of the acoustic analyzer that allows to carry out rehabilitation of patients with this pathology.

Keywords: neurosensory hearing loss, physical therapy, rehabilitation.

В последние десятилетия тугоухость стала серьезной проблемой современной медицины. Наблюдается неуклонный рост числа пациентов, страдающих этим недугом, и, по прогнозам ВОЗ, к 2020 году социально значимые нарушения слуха возрастут на 30% [10].

Проблема тугоухости является весьма актуальной как в медицинском, так и в социальном отношении. Наибольшее число пациентов страдает понижением слуха за счет нейросенсорной тугоухости, устранение которой с помощью современных лечебных средств является весьма проблематичным [10,8].

Развитие технического прогресса, интенсификация труда, современные условия производства - все эти факторы создают определенный стиль жизни людей, привлекают все большее внимание к здоровью человека в нашей стране, направляют медицину на поиски новых методов лечения заболеваний, которые раньше считались неизлечимыми.

Увеличение продолжительности жизни людей, удлинение периода активной деятельности в сфере производства и в общественной жизни потребовало коррекции слуха у большого числа людей. Геронтологические аспекты оториноларингологии и сурдологии, в частности, необходимо учитывать при изучении клиники и патогенеза нейросенсорной тугоухости, которая нередко обусловлена поражением

сердечно-сосудистой системы и связана с нарушениями церебральной гемодинамики. Количество этих пациентов велико и наблюдается тенденция к дальнейшему его росту, что требует комплексного подхода к лечению тугоухости и делает особенно актуальной проблему реабилитации больных, страдающих нарушениями слуха.

Тугоухость – это частичная утрата слуха, связанная с нарушением восприятия, дифференциации и понимания звуков.

Формы, виды и степени:

Согласно международной классификации (МКБ10), тугоухость классифицируют по различным критериям. Всего существует 3 типа тугоухости:

1. Кондуктивная – нарушение слуха обусловлено нарушением проведения и усиления звуковых волн через внешнее и среднее к внутреннему уху.

2. Нейросенсорная тугоухость (НСТ)- связана с поражением структур внутреннего уха, слухового анализатора или преддверно- улиткового нерва.

3. Смешанная – сочетает особенности нейросенсорной и кондуктивной тугоухости.

В зависимости от течения, существуют:

1. Острая тугоухость – характеризуется обратимыми изменениями в отделе слухового анализатора. Потеря слуха чаще всего односторонняя и длится не более 1-го месяца.

2. Внезапная тугоухость - развивается остро, потеря

слуха возникает внезапно в течение нескольких минут или часов.

3. Хроническая тугоухость – характеризуется медленным или быстрым прогрессированием. Присутствует более 3-х месяцев. Чаше всего потеря слуха носит двусторонний характер.

В зависимости от уровня снижения слуха, различают три степени нейросенсорной тугоухости:

- 1 степень (легкая)- человек слышит речь на расстоянии до 6 метров при громкости звука до 40 децибел.
- 2 степень (средняя) – слышимость речи на расстоянии до 4 метров при громкости звука 41-55 децибел
- 3 степень (тяжелая)- слышимость на расстоянии не больше 1м, громкость звука 70 децибел
- 4 степень – слышимость речи громкостью 70-90 децибел.

При трудностях восприятия обращенной речи громкостью более 90 децибел говорят о глухоте.

Потеря слуха может быть:

1. Односторонняя – на одном ухе: левосторонняя; правосторонняя.
2. Двухсторонняя – на обоих ушах.

Причины.

Нейросенсорная тугоухость может быть врожденной или развиваться в процессе жизни. Врожденная тугоухость представляет наибольшую опасность, так как в результате нарушения слуха у детей неправильно формируется речевой аппарат, возникают трудности с социальной адаптацией и когнитивным развитием. Наиболее частые причины появления врожденной тугоухости таковы [9]:

- Наследственность;
- Аномалии развития слухового аппарата;
- Инфекционные заболевания беременной;
- Вредные привычки при беременности;
- Преждевременные роды;
- Венерические заболевания у матери.

Нейросенсорная тугоухость является серьезным заболеванием.

Определенные успехи в её лечении вызваны тем, что за последние годы она привлекает внимание не только сурдологов, оториноларингологов, отоневрологов, невропатологов, но и врачей многих специальностей [5].

Поражение внутреннего уха может быть следствием многих острых и хронических инфекций, заболеваний сердечно-сосудистой системы позвоночника, нервной системы, и других болезней, применения ототоксичных лекарственных препаратов. Кроме того возникновению нейросенсорной тугоухости способствуют условия труда, обусловленные современным производством [7].

Нейросенсорная тугоухость занимает особое место в структуре патологии внутреннего уха. Данные литературы свидетельствуют о том, что число лиц, страдающих тугоухостью, в основном нейросенсорной, остается значительным. Так, по данным Я.С. Темкина (2001) 3% населения страдают нарушением слуха, вызывающим затрудненное социальное общение. По данным Д.И. Тарасова (2000), Д.И. Тарг и А.Б. Морозова (2000), в структуре причин, обуславливающих тугоухость, ведущее место занимает кохлеарный неврит (около

80%). Авторы подчеркивают, что ожидать снижения числа заболеваний, входящих в тугоухость, в ближайшие годы не приходится, также отмечается увеличение процента нейросенсорной тугоухости в детском возрасте. Кохлеарный неврит характеризуется прогрессирующей нейросенсорной тугоухостью (вплоть до полной глухоты, шумом в ушах), что у лиц творческого возраста приводит иногда к стойкой утрате профессиональной трудоспособности. Это приносит немалый экономический ущерб государству и определяет социальное значение проблем лечения нейросенсорной тугоухости. Как правило тугоухость редко выявляется на ранних стадиях. Несмотря на большое разнообразие причин, вызывающих снижение слуха, их в значительной степени объединяет одно – нарушение кровообращения в слуховых рецепторах и, как следствие, нарушение звуковоспринимающей функции.

Лечение нейросенсорной тугоухости представляется весьма сложным. Поэтому лечение должно быть комплексным, последовательным, начинать его следует в максимально ранние сроки после начала заболевания.

В арсенале врачей имеются десятки лекарственных средств различного действия, однако их эффективность, как правило, снижена из-за нарушенного кровообращения в пораженной области. Именно поэтому актуальным оказывается применение физических методов в лечении данной патологии.

В острой стадии развития нейросенсорной тугоухости с целью улучшения мозгового кровообращения применяют эндоуральный электрофорез галлантамина, кроме того, электрофорез калия, дибазола, никотиновой кислоты, эуфиллина, магния и др. на воротниковую область, ингаляции мелкодисперсных аэрозолей 1% димедрола, 5% аскорбиновой кислоты, лизоцима, дезоксирибонуклеазы и др. через нос. Проводят аэроионизацию с помощью аппарата направленной аэроионотерапии «АНАИТ-У» (А.Е. Носов, Т.А. Пономарева, 2014). Данный метод в сочетании с лекарственными препаратами воздействуют на центральную нервную систему (седативный эффект), уменьшает гипоксию тканей, улучшает трофику тканей, нормализует обменные процессы, улучшает периферическое кровообращение, повышает местный тканевой иммунитет [7].

При хронической форме заболевания главным образом с целью уменьшения шума в ушах назначают электрофорез но-шпы, массаж околоушной, затылочной и воротниковой области; воздействия синусоидальных модулированных токов на шейные симпатические узлы и на проекцию позвоночной артерии. С целью стимуляции проведения слухового восприятия назначают импульсные токи прямоугольной формы частотой 400-2500 Гц. Для улучшения проводимости и регенерации нерва используют электрофорез витамина В, прозерина, галлантамина, дибазола, веществ, улучшающих энергетический обмен нервных клеток (М.В. Супова, С.Н. Смирнова, 2007)

Так же немало важную роль играет применение бальнеотерапии, которая вошла с недавнего времени в комплекс лечения нейросенсорной тугоухости. Применяются сероводородные, радоновые и хлорно - натриевые ванны [4].

Радонотерапия оказывает положительное влияние на течение сосудистой патологии - увеличивается плотность расположения капилляров внутреннего уха, уменьшаются дистрофические изменения нейронов спирального ганглия (Г.Н.Гульев, В.А.Головнев, 2001).

По мнению авторов радоновые ванны оказывают благоприятное влияние при ряде патологических состояний. Происходят существенные положительные сдвиги в ферментативно-трофической, нейро-эндокринной системах, нормализуется проницаемость капиллярно-соединительных структур, усиливает репаративные процессы.

Положительный эффект радонотерапии у больных с нейросенсорной тугоухостью и кохлеовестибулярной дисфункцией выражается в улучшении разборчивости речи, уменьшении или исчезновении субъективного ушного шума, понижении порогов восприятия тонов, уменьшении или исчезновении спонтанных вестибулярных расстройств и нормализации вестибулярной возбудимости. Максимальный эффект лечения достигается через 3-4 недели после окончания лечения.

Из новых методов физиолечения в последнее время широко применяют виброакустическую терапию от аппарата Витафон. Аппарат контактным способом возбуждает в тканях микровибрацию непрерывно меняющейся звуковой частоты, что позволяет увеличить крово- и лимфоток. В результате применения Витафона улучшается кровоснабжение слуховых рецепторов, заметно повышается эффективность применяемых лекарственных препаратов, что может быть полезно на всех этапах лечения нейросенсорной тугоухости (М.В. Супова, С.Н. Смирнова, 2007).

Также один из новых методов применения физических факторов является лазерное облучение. Оно с успехом применяется не только в оториноларингологии, но и в онкологической практике, офтальмологии и при проведении рефлексотерапии. Эта энергия стимулирует процессы регенерации в тканях, усиливает действие сосудистых препаратов [6,5].

В ЛОР - клинике Харьковского национального медицинского университета для лечения хронической нейросенсорной тугоухости апробирован новый комплексный метод лечения, который включает

применения внутрисосудистого лазерного облучения крови в сочетании с введением вазоактивного препарата трентала [2]. Исследования показали отсутствие осложнений и простоту методики, что позволяют проводить этот метод лечения в амбулаторно – поликлинической сети (А.С.Журавлев, И.В.Крылова, 2011).

Таким образом в заключении хотелось бы отметить, что применение физических факторов имеют большое значение в реабилитации больных с нейросенсорной тугоухостью.

Литература:

1. Головнев В.А., Гульев Г.Н. Влияние радоновых ванн на микроциркуляцию среднего и внутреннего уха кроликов в условиях холестеринового атеросклероза. Курортные факторы в лечении и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Новосибирск, 2001, с.35-38.
2. Журавлев А.С., Крылова И.В., Блувштейн Г.М., Внутривенное лазерное облучение крови в комплексном лечении больных с хронической сенсоневральной тугоухостью. Вестник оториноларингологии. №2 – 2011г.
3. Супова М.В., Смирнова С.Н., Опыт применения виброакустической терапии и магнитотерапии при нейросенсорной тугоухости. Физиотерапия. Бальнеология. Реабилитация. №4-2007г.
4. Абрамович С.Г., Ларионова Е.М. Клиническая физиотерапия в оториноларингологии (монография). Иркутск, 2010г.-136с.
5. Громов А.Е., Погашев Л.В., Механизмы влияния облученной ультрафиолетовыми лучами крови на организм человека и животных. Ленинград, 1986г.-308с.
6. Пальчун В.Т., Лапченко А.С., Применение низкоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии. Методические рекомендации. Москва, 2002г.-21с.
7. Носов А.Е., Пономарева Т.А., Лешкова И.В., Лечение нейросенсорной тугоухости и шумовых эффектов внутреннего уха, связанных с работой. Медицина труда и промышленная экология, №12-2014г.
8. Шахова Е.Г., Новые подходы к лечению и профилактике сенсоневральной тугоухости (монография). Москва, 2008г.-29с.
9. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство. 2008г.-960с.
10. Кунельская Н.Л., Скрябина Л.Ю., Нарушения слуха у лиц молодого возраста. Вестник оториноларингологии. №2-2014г.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГНОЙНЫМИ БАКТЕРИАЛЬНЫМИ МЕНИНГИТАМИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Абдыкеримова Н.А., Ниязалиева М.С., Адамбеков Д.А.,
Тойгомбаева В.С., Мустафина Ф.С.

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

Резюме. Проведен анализ заболеваемости гнойными бактериальными менингитами (ГБМ) среди детей дошкольного возраста в КР. Изучена этиологическая структура выявленных ГБМ. Ведущими этиологическими агентами гнойных бактериальных менингитов у детей дошкольного возраста являются *N. meningitidis*, *S. pneumoniae* и представители рода *Staphylococcus*.

Ключевые слова: гнойные бактериальные менингиты, дети дошкольного возраста, заболеваемость, этиологическая структура.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ МЕКТЕПКЕ ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН ИРИНДҮҮ БАКТЕРИАЛДЫК МЕНИНГИТ ООРУСУНА ЧАЛДЫГУУСУ

Абдыкеримова Н.А., Ниязалиева М.С., Адамбеков Д.А.,
Тойгомбаева В.С., Мустафина Ф.С.

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

Кортунду. Кыргыз Республикасынын мектепке чейинки балдардын ириндүү бактериалдык менингит оорусуна чалдыгуусу боюнча талдоо жүргүзүлгөн. Ошондой эле этиологиялык түзүлүшү да изилденген. Эң негизги бактерияларын бири болуп *N. meningitidis*, *S. pneumoniae* жана *Staphylococcus* уурусу экени аныкталган.

Негизги сөздөр: ириндүү бактериалдык менингит, мектепке чейинки балдар, ооруга чалдыккандык, этиологиялык түзүлүш.

THE MORBIDITY OF PURULENT BACTERIAL MENINGITIS AMONG PRESCHOOL CHILDREN IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Abdykerimova N.A., Nuyazalieva M.S., Adambekov D.A.,
Toygombaeva V.S., Mustafina F.S.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Eltsin
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. It has been done the analysis of the incidence of purulent bacterial meningitis among preschool children in the Kyrgyz Republic. The study of etiological structure showed that the leading etiological agents of purulent bacterial meningitis in children of preschool age are *N. meningitidis*, *S. pneumoniae* and representatives of genus *Staphylococcus*.

Key words: purulent bacterial meningitis, preschool children, morbidity, etiological structure.

Актуальность.

Гнойные бактериальные менингиты (ГБМ) у детей остаются одной из актуальных проблем современной медицины ввиду тяжести течения данной группы заболеваний, частоты летальных исходов (10-60%) и вероятности развития остаточных неврологических нарушений у части переболевших [1,2].

Так, проблема ГБМ имеет длительную историю и до настоящего времени не потеряла своего клинико-эпидемиологического значения во всем мировом пространстве [3,4,5].

Учитывая полиэтиологичность возбудителей бактериальных менингитов, важным параметром эпидемиологического наблюдения за гнойными бактериальными менингитами является определение этиологической структуры с выявлением наиболее значимых этиологических агентов заболевания. Необходимой в этой связи является этиологическая расшифровка каждого случая ГБМ [6].

Распространенность и роль микроорганизмов в этиологии ГБМ у детей дошкольного возраста в КР недостаточно изучена.

Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости и расшифровка этиологической

структуры гнойных бактериальных менингитов у детей дошкольного возраста, для выявления наиболее значимых патогенов заболевания.

Материалы и методы.

В качестве материалов для исследования были использованы данные официальной статистики заболеваемости ГБМ населения КР [8].

Для анализа заболеваемости ГБМ использовались сведения о госпитализированных детях дошкольного возраста с подозрением на ГБМ в РКИБ в период с 1995-2014гг. За изучаемый период было госпитализировано 1740 детей, из которых у 549 диагноз ГБМ был подтвержден.

Критерием диагноза кроме клинических проявлений заболевания, служили изменения в ликворе (цитоз более 5000 клеток в 1 мл, нейтрофильных гранулоцитов более 50%). Этиология ГБМ устанавливалась путем выявления этиологического агента бактериоскопическим и бактериологическим методами, для идентификации менингококков применяли реакцию латекс-агглютинации. Идентификацию других видов возбудителей проводили общепринятыми методами.

Статистическая обработка данных проводилась традиционными методами.

Достоверность различий по t-критерию Стьюдента

определялась по формуле: $t = (P1 - P2) / \sqrt{m1^2 + m2^2}$, где при $t < 2,0$; $p < 0,05$; при $t < 2,6$; $p < 0,01$; при $t < 3,3$; $p < 0,001$.

Результаты и обсуждения.

В Кыргызской Республике официально регистрируется только менингококковая инфекция. Данные официальной статистики заболеваемости менингитами представлены в рисунке 1.

Анализ заболеваемости менингитами за период с 2006-2015гг. показал, что имело место снижение числа регистрируемых случаев менингитов среди населения КР с 2009-2013 гг. Так, в 2006 году интенсивный показатель составил 2,8 на 100 тысяч населения, а уже в 2010, 2011 и 2012 гг. этот показатель составлял по 1,3 $\frac{0}{0000}$ и по 1 $\frac{0}{0000}$.

Как следует из рисунка 1 интенсивность заболеваемости менингитами в КР в 2014 и 2015 годы имеет тенденцию к резкому увеличению и интенсивный показатель составил 4,5 и 6,4 на 100 000 населения.

Таким образом, снижение и подъем случаев менингита, возможно является показателем циклических подъемов заболеваемости среди населения. Кроме того, на заболеваемость может влиять и значение этиологический фактор.

С целью изучения этиологической структуры и

распространенности ГБМ нами проведен анализ 1740 случаев менингитов у детей дошкольного возраста госпитализированных с подозрением на ГБМ в РКИБ в период с 1995-2014гг. Из них, ГБМ бактериальной этиологии был подтвержден у 549 пациентов бактериоскопическим и бактериологическим методами.

Удельный вес подтвержденных случаев ГБМ за анализируемый период у детей дошкольного возраста представлен на рисунке 2.

Из рисунка 2 следует, что удельный вес регистрируемых случаев ГБМ имеет неравномерный характер. Самый высокий удельный вес наблюдался в 2003 и 2005гг., который составлял по 10%. Необходимо отметить, что начиная с 2008 года имеет место снижение удельного веса ГБМ и такая динамика сохраняется до настоящего времени, когда удельный вес варьирует от 0,1% в 2012 году до 2% в 2008 году. Полученные результаты свидетельствуют о том, что такое снижение заболеваемости возможно связано с трудностью и погрешностями в бактериологической диагностике.

Возрастная структура заболевших ГБМ детей дошкольного возраста представлена на рис.3. Все дети дошкольного возраста были разделены на 4 группы по

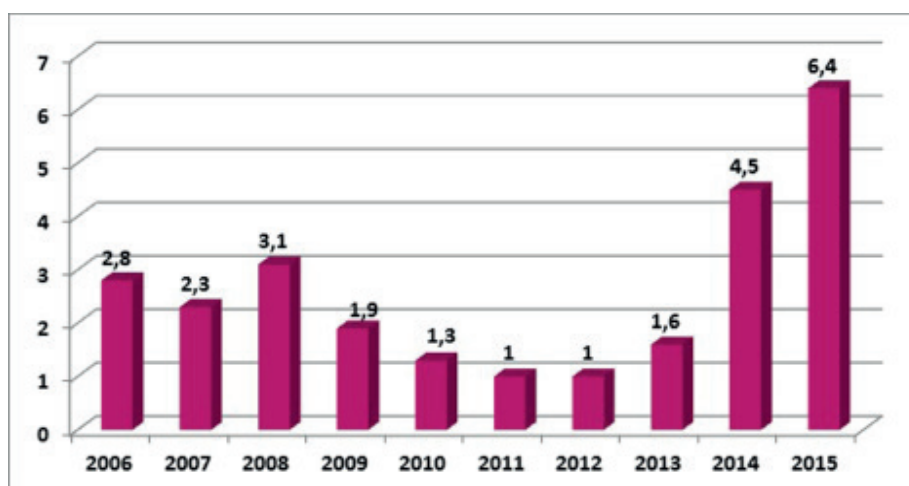


Рис 1. Динамика заболеваемости менингококковыми менингитами в КР (на 100тыс)

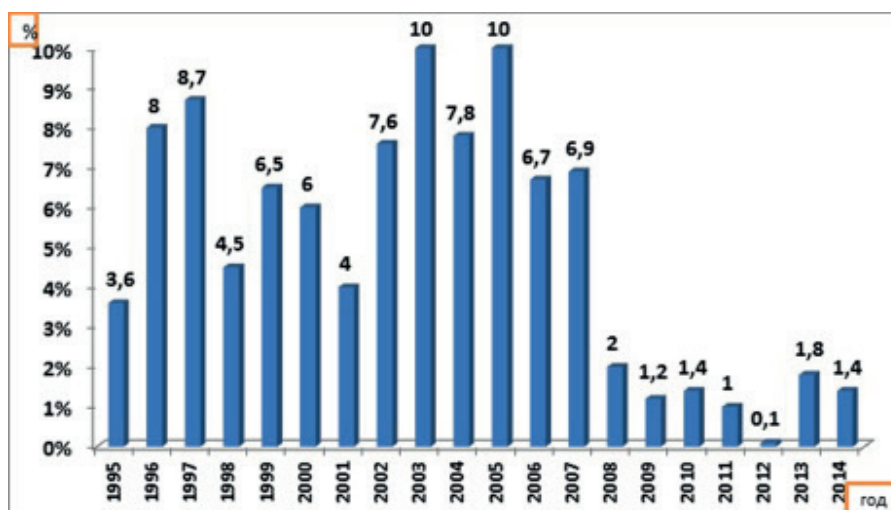


Рис.2 Удельный вес гнойных бактериальных менингитов у детей дошкольного возраста в общей структуре менингитов.

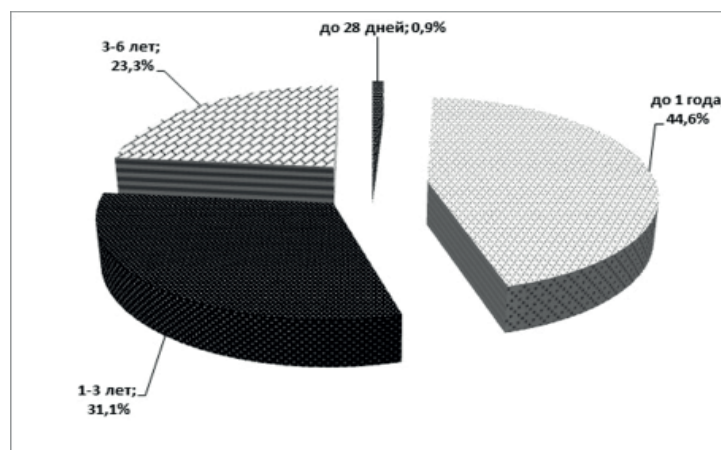


Рис. 3 Возрастная структура детей дошкольного возраста заболевших ГБМ

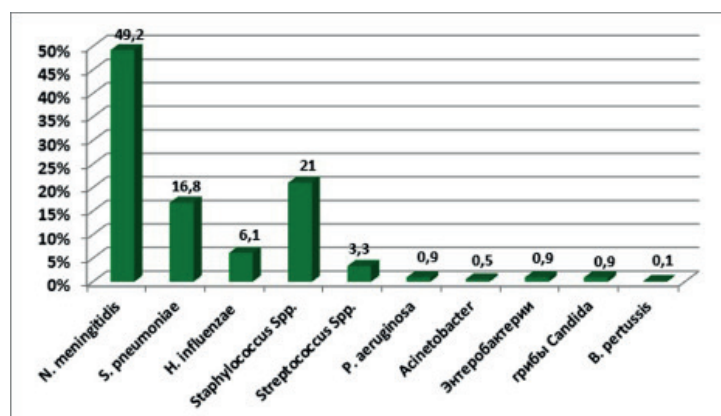


Рис.4 Этиологическая структура ГБМ у детей дошкольного возраста в КР

Таблица 1.

Достоверность различий в различных возрастных группах

№	Возраст	n	%±m	Достоверность различий
1	до 28 дней	5	0,9±0,4%	$t_{12}=-20,8$; $t_{13}=-15,9$; $t_{14}=-12,4$
2	Дети до года	245	44,6±2,1%	$t_{21}=20,8$; $t_{23}=4,8$; $t_{24}=7,9$
3	1-3 лет	171	31,1±1,9%	$t_{31}=15,9$; $t_{32}=-4,8$; $t_{34}=3$
4	3-6 лет	128	23,3±1,8%	$t_{41}=12,4$; $t_{42}=-7,9$; $t_{43}=-3$

возрастам согласно приказа МЗ КР №589 от 18 ноября 2010 года [7].

Как видно из рисунка наибольший удельный вес заболевших это дети до 1 года, которые составили 44,6±2,1%. Второе место в структуре занимают дети 1-3 летнего возраста с удельным весом 31,1±1,9%, затем дети от 3-6 лет 23,3±1,8%. Дети до 28 дней жизни составили группу с самым низким показателем заболеваемости, где удельный вес составил 0,9±0,3%.

Изучение достоверности различий выявил, что заболеваемость ГБМ детей до года достоверно отличается от заболеваемости детей в группах до 28 дней, 1-3 лет и от 3-6 лет ($p<0,001$). Что касается детей 1-3 лет, то имеет место достоверное отличие заболеваемости с детьми в группах до 28 дней и 3-6 лет ($p<0,001$). Также отмечается достоверное различие детей группы 3-6 лет от детей до 28 дней ($p<0,001$).

Роль и значение различных видов бактерий в этиологии ГБМ представлено в рисунке 4.

Ведущим возбудителем ГБМ у детей дошкольного возраста является *N. meningitidis*, удельный вес которого составил 49,2±2,1%. Второе место в структуре этиологии ГБМ занимают *S. pneumoniae* 16,8±1,6%. *H. Influenza* был выявлен в 6,1±1,0%. Представители родов *Staphylococcus* и *Streptococcus* составили 21±1,7% и 3,3±0,7% соответственно. Значение других видов микроорганизмов в этиологии гнойных менингитов было незначительным.

Выводы:

1. Многолетняя динамика удельного веса гнойными менингитами детей дошкольного возраста общей структуре менингитов за анализируемый период имеет тенденцию к снижению.

2. Группой риска при ГБМ являются дети до года с удельным весом 44,6±2,1%.

3. Ведущими этиологическими агентами гнойных бактериальных менингитов у детей дошкольного возраста являются *N. meningitidis* 49,2±2,1%, *S. pneumoniae* 6,8±1,6% и представители рода *Staphylococcus* 21±1,7%.

Литература:

1. Белошицкий Г.В., Королева И.С., Кошкина Н.А. // Материалы II Российской научно-практ. Конф. «Актуальные проблемы менингококковой инфекции и гнойных бактериальных менингитов», 20-21 ноября 2008. – М., 2008 – С.15-16.

2. Платонов А.Е., Королева И.С. //Вакцинация. – 2004. - № 1 (31): 31-37.

3. Brouwer M.C., van de Beek D. Bacterial meningitis. *Ned. Tijdschr. Tandheelkd.* 2012; 119 (5): 238-242.

4. Edmon K., Clark A., Korczak V.S. et al. Global and regional risk of disabling squeals from bacterial meningitis: a systematic

review and meta-analysis. *Lancet Infect. Dis.* 2010; 10 (5): 317-28.

5. Jafri R.Z., Ali A., Messonnier N.E. et al. Global epidemiology of invasive meningococcal disease. *Populat. Hlth. Metrics.* 2013; 11 (1): 17-26.

6. Королева И.С., Белошицкий Г.В., Закроева И.М., Королева М.А. Результаты эпидемиологического мониторинга бактериальных менингитов на территории Российской Федерации. //Эпидемиология и гигиена. – 2013. - №1:8-10.

7. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения» Приказ № 589 МЗ КР от 18 ноября 2010 года 5с.

8. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2011 году. МЗ КР, Республиканский Медико-информационный центр. – Бишкек 2012, 354с.

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

СКРИНИНГ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ С ОЦЕНКОЙ ФАКТОРОВ РИСКА У ДЕТЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Мингазова Э.Н., Шагалеева Ж.З., Борханова Э. Г.

ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ»

Кафедра профилактической медицины с курсом медицинской экологии

Казань, Россия

Резюме. Цель данного исследования: определение факторов риска развития диабетической ретинопатии (ДР) у детей с сахарным диабетом (СД) 1 типа в зависимости от способа введения инсулина. **Методы исследования:** социально-гигиенический, аналитический, статистический. Проведена выкопировка из амбулаторных карт диспансерного наблюдения 223 детей с СД 1 типа. Проанализированы клинические и социально-гигиенические показатели. **Результаты исследования.** Сравнивались показатели длительности СД, уровня HbA1c и доля пациентов с ДР в группах с использованием постоянной подкожной инфузии (ППИИ) группа 1 -38 детей и с использованием многократных подкожных инъекций (МПИИ) 185 детей: 1 группа HbA1c - $6,5 \pm 1,3\%$, пациенты с ДР не обнаружены. 2 группа : HbA1c $9,2 \pm 2,4\%$ (различия между группами значимы, $p < 0,05$), у 2 детей непролиферативная ДР. Вывод: использование ППИИ и регулярный самоконтроль заболевания позволяют за счет нормализации уровня гликемии избежать развития диабетической патологии органов зрения у детей с СД 1 типа.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая ретинопатия, постоянная подкожная инфузия, многократная подкожная инъекция, гликемический контроль.

SCREENING FOR DIABETIC RETINOPATHY WITH THE ASSESSMENT OF RISK FACTORS IN CHILDREN WITH DIABETES

Mingazova E.N., Shagaleeva Zh.Z., Borhanova E. G.

GBOU VPO "MZ Russian Federation Kazan State Medical University"

Department of Hygiene and Occupational Medicine

Kazan, Russia

Resume. The purpose of this study: determination of risk factors of diabetic retinopathy (DR) in children with diabetes mellitus (DM), type 1 according to methods for administering insulin. **Materials and methods.** The analysis of 223 outpatients dispensary children with type 1 diabetes. **Results of the study.** We compared the indices of diabetes duration, HbA1c levels and the proportion of patients with DR groups using continuous subcutaneous infusion (CSII) group 1 -38 children and using multiple subcutaneous injections (MPII) 185 Children: 1 HbA1c group - $6,5 \pm 1,3\%$ patients with DR are not found. Group 2: HbA1c $9,2 \pm 2,4\%$, in 2 children nonproliferative DR. Conclusion: The use of CSII and regular self-monitoring of the disease allows due to the normalization of blood glucose levels to avoid the development of diabetic pathology of vision in children with type 1 diabetes.

Keywords: diabetes mellitus, diabetic retinopathy, continuous subcutaneous infusion, repeated subcutaneous injection, glycemic control.

Высокая распространенность и растущая заболеваемость инсулинозависимым сахарным диабетом среди детей, как в нашей стране, так и за рубежом, раннее развитие поздних сосудистых осложнений обуславливают актуальность проблемы профилактики, ранней диагностики и лечения осложнений сахарного диабета [1,2].

Несмотря на современные достижения диабетологии, результаты лечения сахарного диабета 1 типа (СД 1) у детей нельзя признать удовлетворительными в связи с неизбежностью развития хронических осложнений у большинства из них. Особенно велика частота развития тяжелых осложнений у пациентов молодого возраста, заболевших инсулинозависимым сахарным диабетом в детстве [3].

Диабетическая ретинопатия — одно из наиболее тяжелых поздних сосудистых осложнений сахарного диабета и одна из причин, приводящих к полной потере зрения. При СД 1 микроангиопатии глаза клинически определяются только по истечении определенного срока, обычно это 3-5 лет [5]. Ранее считалось, что у детей осложнения на глазах, как правило, длительное время себя не проявляют и к педиатрической практике отношения имеют в меньшей степени, чем другие осложнения. Но более детальная диагностика и пристальное внимание к этой теме показывают обратную тенденцию: количество осложнений на глазах маленьких пациентов с каждым годом возрастает. Скрининг диабетических осложнений

у детей с инсулинозависимым сахарным диабетом в Москве показал, что даже при небольшой длительности заболевания у детей (4 года) диабетическая ретинопатия была выявлена у 4,5% обследованных [3].

Ранняя диагностика диабетической ретинопатии, выделение групп риска и пристальное наблюдение за ними, а также применение действенных лекарственных препаратов на начальных этапах проявления осложнений 4 может существенно отсрочить развитие необратимых процессов в сетчатке с последующей потерей зрения. Современная традиционная фармакотерапия сосудистых поражений при СД 1-го типа базируется на инсулинотерапии с целью максимальной компенсации углеводного обмена и на использовании фармакологических препаратов, обладающих антиагрегационным, антикоагуляционным и ангиопротекторным действием. Однако, медикаментозная терапия не всегда применима в детской практике вследствие возрастных ограничений и наличия побочных эффектов

Установлено, что выявление начальных признаков ретинопатии даже в отсутствии других специфических изменений в 15 раз ухудшает долгосрочный прогноз в отношении зрительных функций: у 15% пациентов этой группы в течение 5 лет развивается пролиферативная диабетическая ретинопатия [4].

Актуальным является определение структуры специфических сосудистых проявлений сахарного диабета (СД) в органах зрения, факторов риска возникновения и

прогрессирования диабетического поражения органов зрения у детей с СД 1-го типа, разработка на основании этих данных ранней профилактики диабетической ретинопатии у детей. Цель данного исследования: изучение частоты диабетической ретинопатии у детей с СД 1 типа в популяции г. Казань и определение факторов риска развития диабетической ретинопатии у детей с СД 1 типа в зависимости от способа введения инсулина.

Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе эндокринологического диспансера г. Казани. Проведен анализ 223 историй болезни детей с СД 1 типа, находящихся на диспансерном учете. Статистическая обработка данных проводилась с помощью стандартного пакета Statistica for Windows, версия 6.0.

Результаты исследования.

Пациенты были разделены на группы с использованием постоянной подкожной инфузии (ППИИ) – группа 1 и с использованием многократных подкожных инъекций (МПИИ) – группа 2 с присутствием регулярного самоконтроля – группа 2А и по его отсутствию – группа 2В. В 1 группе количество пациентов составило 38 человек, количество мальчиков 14 человек (37%), девочек 24 (63%). Средний возраст $12,7 \pm 3,5$ лет, средняя длительность СД 1 типа $6,7 \pm 2,3$ лет. Средний уровень гликированного гемоглобина $6,5 \pm 1,3\%$. У 5 (13%) пациентов с ППИИ на момент обследования был выставлен диагноз «диабетическая ангиопатия сетчатки», который был диагностирован в среднем за 0,8 лет до постановки носимого дозатора в виде ППИИ (был установлен с целью нормализации уровня гликемии и предупреждения прогрессирования сосудистых осложнений СД). У 3 пациентов (7,9%) с ППИИ был выставлен диагноз «диабетическая ангиопатия сетчатки», который был снят в среднем через 1,3 лет после начала использования ППИИ. Среди пациентов с ППИИ не обнаружено пациентов с диабетической ретинопатией.

При анализе данных во 2 группе с использованием МПИИ количество пациентов в подгруппе А с регулярным самоконтролем заболевания составило 116 человек: 60 (52%) мальчиков и 56 (48%) девочек. Средний возраст пациентов составил $11,6 \pm 3,2$, средняя длительность СД $3,8 \pm 0,7$ лет. Средний уровень гликированного гемоглобина $9,2 \pm 2,4\%$. Диагноз «Диабетическая ангиопатия сетчатки» был выставлен у 9 пациентов (7,7%), у 1 пациента (0,86%) обнаружена диабетическая непролиферативная ретинопатия на 4-ом году заболевания. В подгруппе В без регулярного самоконтроля заболевания количество детей 69 человек, из них 33 (48%) мальчика и 36 (52%) девочек. Средний возраст составил $10,4 \pm 2,9$ лет, средняя длительность заболевания $4,8 \pm 1,4$ лет. Средний уровень гликированного гемоглобина $9,4 \pm 2,24\%$. У 8 пациентов (11,5%) из данной группы обнаружена диабетическая ангиопатия сетчатки, причем средняя

длительность СД, когда была выявлена данная патология составляет 2,7 лет (достоверно ниже, чем в подгруппе 2А, где данный показатель равен 3,9 лет). Диабетическая непролиферативная ретинопатия обнаружена у 1 ребенка (1,4%).

Различия между группами значимы по шкале «Уровень гликированного гемоглобина» $<0,05$ – это позволяет говорить о высокой эффективности носимого дозатора ППИИ для гликемического контроля. Можно предположить, что регуляция уровня гликемии позволит регрессировать диабетической ангиопатии сетчатки и предупредит прогрессирование диабетической ретинопатии.

Соотношение мальчиков и девочек практически одинаковое, что не позволяет выводить пол ребенка в фактор риска развития сосудистой патологии сетчатки диабетического генеза. Следует отметить высокую роль самоконтроля заболевания для снижения риска возникновения диабетической ангиопатии и ретинопатии.

Выводы.

Высокий уровень гликированного гемоглобина, отсутствие самоконтроля, частые гипогликемии являются факторами риска возникновения диабетической ретинопатии у детей с СД 1 типа. Пациентам с этими факторами риска следует рекомендовать постоянный (1 раз в 3-6 месяцев) осмотр офтальмолога и применение инсулиновой помпы.

В целом по популяции частота диабетической ангиопатии среди детей с сахарным диабетом 1 типа в г. Казань составила 11,2%, диабетической непролиферативной ретинопатии 0,9%.

Таким образом, можно сделать заключение, что ППИИ и регулярный самоконтроль заболевания позволяют за счет нормализации уровня гликемии избежать как появления, так и прогрессирования диабетической патологии органов зрения у детей с СД 1 типа.

Литература:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Кремская В.М. Новая классификация, критерии диагностики и компенсации сахарного диабета // *Consilium medicum*. 2000. Т.2. №5. С.204-211.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В. Сахарный диабет. М.: Универсум паблшинг, 2003. 456 с.
3. Петеркова В. А. Диагностика, лечение и профилактика диабетических осложнений у детей и подростков. М.: Медицина, 1997. 43 с.
4. Плюхова О.А., Куман И.Г., Еднева Я.Н. Эффективность лазерной терапии в зависимости от стадии диабетической ретинопатии. Лазерные методы лечения и ангиографические исследования в офтальмологии. М.: Медицина, 2003. С. 140-146.
5. Aiello LM. Perspectives on diabetic retinopathy. *Am J Ophthalmol*. 2003; 136:122-135.
6. Norma H, Funatsu H, Yamashita H. Regulation of angiogenesis in diabetic retinopathy // *Arch. Ophthalmol*. 2002; 120(8): 1075-1080.

**ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЯДЕРНОГО ТЕСТА У ЛИЦ
КОНТАКТИРУЮЩИХ С НЕФТЕПРОДУКТАМИ**

Эшенкулова А. С.

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

Резюме. Представлены данные изменения в количестве микроядер в буккальном эпителии у работников АЗС, выражающиеся в повышенной частоте выявления микроядер в клетках, являющимися признаками повреждения ДНК и цитогенетических нарушений.

Ключевые слова: микроядерный тест, микроядро, нефтепродукты, буккальный эпителий, генотоксичность.

**НЕФТЬ ПРОДУКТЫЛАРЫ МЕНЕН КОНТАКТ БОЛГОН АДАМДАРДЫН
МИКРОЯДРОЛУК ТЕСТИНИН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ**

Эшенкулова А. С.

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

Кортунду. Бул статья май куюу жайларында иштеген жумушчулардын буккалдык эпителиинде микроядролордун саны боюнча өзгөрүүлөрү, алардын жогорулашы, бул ДНКнын жабырланышы жана цитогенетикалык бузулуулардын белгиси болгондугу жөнүндө.

Негизги сөздөр: микроядролук тест, микроядро, нефть продуктылары, буккалдык эпителий, генотоксиндүүлүк.

**THE INDICATIONS OF MICRONUCLEIC TEST OF PEOPLE, CONTACTING WITH
PETROLEUM PRODUCTS**

Eshenkulova A. S.

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

Resume. The article presents the changes in number of micronuclei in buccal cells of petrol station workers which are expressed in the increased detection rate of micronuclei in cells being the signs of DNA damage and cytogenetic violation.

Key words: micronucleus test, micronucleus, petroleum products, buccal cells, genotoxicity.

Актуальность.

Пары нефтепродуктов высокотоксичны, они оказывают отравляющее действие на организм человека. Токсичность бензина значительно возрастает в результате его этилирования. Ароматические углеводороды (бензол, толуол, ксилол) оказывают сильное токсическое действие на организм человека. Пары нефтепродуктов часто попадают в организм человека через органы дыхания, через кожу, иногда с водой, пищей и всасываются в кровь. По классификации токсинов, нефть и большинство продуктов ее переработки (бензин, керосин, предельные и непредельные углеводородные газы, ароматические продукты) являются нервными ядами, обладающими наркотическим действием и поражающими главным образом центральную нервную систему. Они повышают возбудимость человека, вызывают головокружение, сердцебиение, общую слабость организма, нередко заканчивающуюся потерей сознания. Нефть и жидкие нефтепродукты, попадая на кожу, обезжиривают и сушат ее, вызывают различные кожные заболевания (экземы, дерматиты) [3].

Генотоксичными свойствами обладают бенз(а)пирен, образующийся при низкотемпературном горении нефтепродуктов, бензин, дизельное топливо, бутан, стирол, бензол, хлороформ и другие. Показано, что эти химические факторы снижают фертильность, индуцируют повреждения ДНК, что может приводить к онкопатологии [2].

В Кыргызстане с каждым годом растет число автомобилей и АЗС: в начале 2014 года в городе Бишкек было зарегистрировано 316 тысяч автомобилей и около

90 АЗС. Соответственно растет и число работников АЗС, которые постоянно подвергают свое здоровье опасности за счет профессиональной вредности и возникает необходимость в разработке и внедрения соответствующих методов диагностики для установления реального числа лиц риска.

Цель исследования.

Изучить количество микроядер в мазках буккального эпителия микроядерным тестом у лиц, постоянно контактирующих с парами бензина для выявления группы риска.

Материал и методы исследования.

Для реализации цели проводился забор буккального эпителия у 17 работников АЗС, из них 88.2% мужчин, 11.8% - женщин. Средний возраст составил 23.5 ± 0.7 . При этом, в возрасте с 18 по 20 лет обследовано 3 человека, с 22 по 24 лет – 7, с 25 по 26 лет – 5, с 27 по 28 лет – 2 человека. В контрольной группе обследовано 15 человек, из них 73.8% - женщин, 26.6% - мужчин. Средний возраст составил 19.3 ± 0.12 лет. Из них, в возрасте 19 лет – 10 человек, в возрасте 20 лет – 5 человек.

Среднее время стажа работы работников АЗС составило 14.9 ± 3.2 месяцев. При этом, со стажем работы с 1 по 6 месяцев – 5 человек, с 7 по 12 месяцев – 3, с 12 по 18 месяцев – 6, с 3 по 4 года – 3 человека. При этом, 88.2% работников АЗС не предъявляли жалоб на какие – либо болезни, 11.8% - в детстве переболели гепатитом А. В контрольной группе: 80% участников никакими болезнями не болели, 20% участников в детстве переболели гепатитом А. У 94.1% работников АЗС нет аллергических заболеваний. В контрольной группе 93,3% участников не

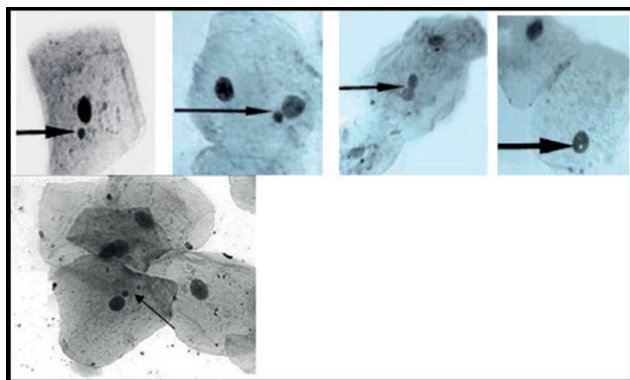


Рис. 1. Микроядра в буккальном эпителии [1].

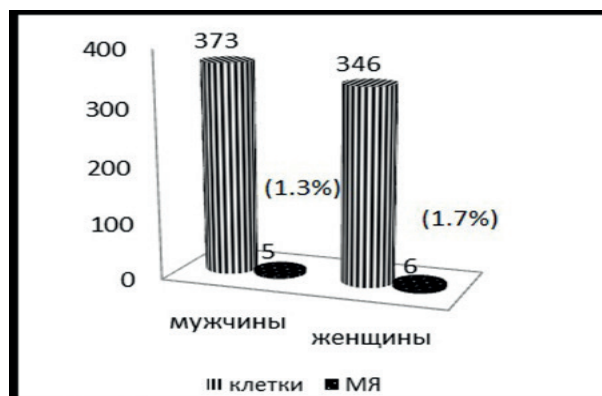


Рис. 2. Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от пола

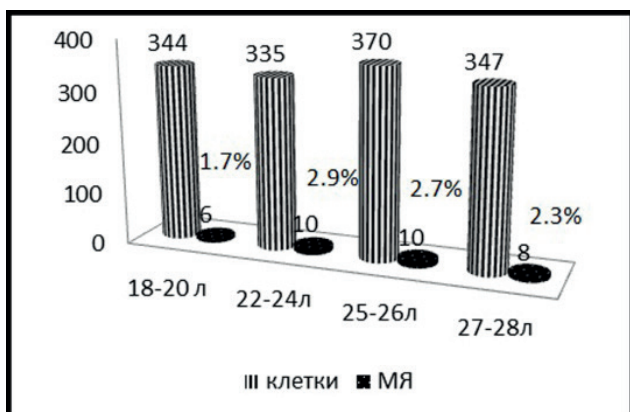


Рис. 3. Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от возраста

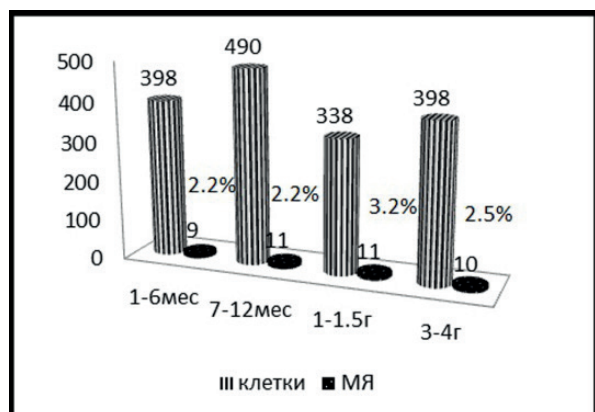


Рис. 4. Количество клеток буккального эпителия и МЯ в зависимости от стажа работы в АЗС

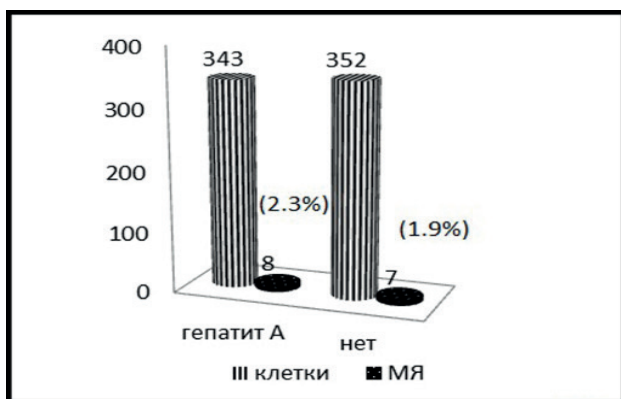


Рис. 5. Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от ранее перенесенного гепатита А

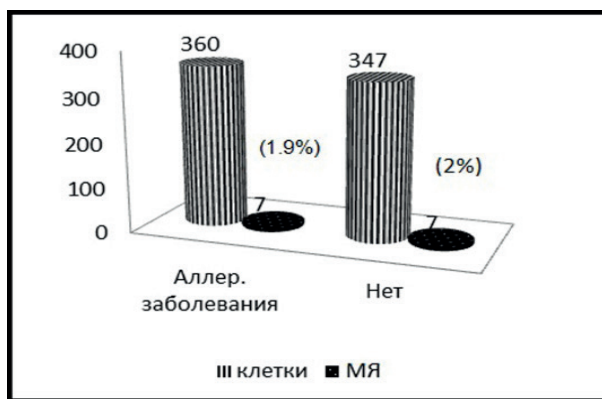


Рис. 6. Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от наличия аллергического заболевания

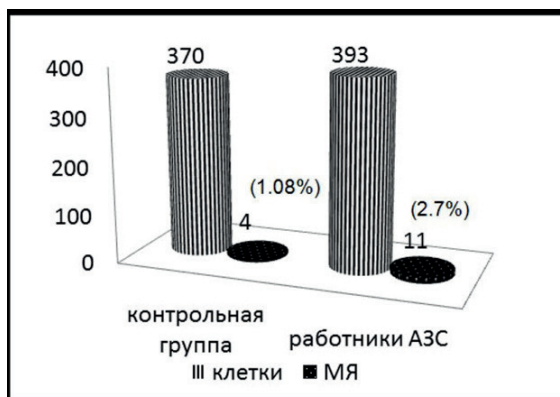


Рис. 7. Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп

болеют аллергическими заболеваниями.

Буккальный эпителий забирался одноразовыми шпателями и наносился на предметные стекла, которые в последующем окрашивались эозином и азуром 30 минут при температуре 37°C в термостате. Затем, мазки дифференцировались слабым раствором уксусной кислоты и высушивались. В мазках изучалось количество микроядер под микроскопом "Биолам" (Окрашивание азуром и эозином)[1, 4].

Результаты исследования и обсуждения.

Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от пола показало, что среднее количество МЯ на 373 клеток составило 5 (1,3%) у мужчин, у женщин: на 346 клеток – 6 (1,7%), ($P>0.05$). (Рис. 2)

Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от возраста выявило что, среднее количество МЯ в возрасте от 18 до 20 лет на 344 клеток составило 6 (1,7%), от 22 до 24 лет: на 335 клеток – 10 (2,9%), от 25 до 26 лет: на 370 клеток - 10 (2,7%), от 27 до 28 лет: на 347 клеток – 8 (2,3%), ($P>0.05$). (Рис. 3)

Количество клеток буккального эпителия и МЯ в зависимости от стажа работы в АЗС показало что, среднее количество МЯ в мазках у работников АЗС, со стажем работы от 1 до 6 месяцев на 398 клеток составило 9(2,2%), от 7 до 12 месяцев: на 490 клеток– 11 (2,2%) , от 1 до 1,5 года: на 338 клеток – 11 (3,2%), от 3 до 4 года: на 398 клеток – 10 (2,5%), ($p>0.05$). (Рис. 4)

Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от ранее перенесенного гепатита А показало что, среднее количество МЯ в мазках людей, которые в детстве болели гепатитом А на 343 клеток составило 8 (2,3%), у неболевших: на 352 клеток – 7 (1,9%), ($P>0.05$). (Рис. 5)

Количество клеток буккального эпителия и МЯ основной и контрольной групп в зависимости от наличия аллергического заболевания показало что, среднее количество МЯ в мазках людей, которые страдают аллергическими заболеваниями на 360 клеток составило 7 (1,9%), у неболевших аллергическими заболеваниями: на 347 клеток – 7 (2%), ($P>0.05$). (Рис. 6)

Вывод:

В результате проведенного исследования, выявлено что количество микроядер в мазках у работников АЗС выявляется более часто, чем количество микроядер в мазках контрольной группы. Среднее значение МЯ у работников АЗС на 393.5 ± 31.6 клеток составило 10.6 ± 0.7 (2.7%). Тогда как среднее значение МЯ контрольной группы на 370.1 ± 22.7 клеток составило 4.1 ± 0.7 (1.08%), ($P<0.05$). При этом, другие факторы, такие как: пол, возраст, стаж работы, наличие аллергических и других болезней, не влияли на количество микроядер. (Рис. 7)

Литература:

1. Колмакова Т. С., Белик С. Н., Моргуль Е. В., Севрюков А. В. Использование микроядерного теста для оценки эффективности лечения аллергии у детей, Ростов - на - Дону, 2013
2. Джамбетова П. М. Оценка влияния загрязнения почв нефтепродуктами на цитогенетический статус и показатели апоптоза в клетках буккального эпителия у детей, 2009
3. Давыдова С. Л., Тагасов В. И., Нефть и нефтепродукты в окружающей среде, 2004
4. Евразийский Совет по стандартизации, метрологии и сертификации: Методы испытания по воздействию химической продукции на организм, Москва, 2010.

**КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА
ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ**

Абдисаматов Б.С., Алиев М.Ж., Ниязбеков К.И., Максут у.Э., Макамбай к.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено экспериментальное и лабораторное исследование на 18 животных для выявления токсичности препарата декаметоксина 0,02% на печеночную ткань. Для обеззараживания плодородных элементов эхинококка использован декаметоксин 0,02% у 143 больных. С целью профилактики рецидива болезни у 40 больных введен декаметоксин 0,02% в фиброзную капсулу и перикапсулярную ткань печени.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, обеззараживание, декаметоксин, сколексцидное действие.

**БООРДУН ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫНЫН МИТЕ-КУРТТАРЫН ЗЫЯНСЫЗДАНДЫРУУДА
КЛИНИКАЛЫК-ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК НЕГИЗИНДЕГИ ЫКМА**

Абдисаматов Б.С., Алиев М.Ж., Ниязбеков К.И., Максут у. Э., Макамбай к. А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Комбустиология курсу боюнча жалпы практикалык хирургия кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. «Декаметоксин» 0,02% аралашмасынын боорго зыян эместигин аныктоо учун 18 жаныбарга эксперименталдык изилдөө жүргүзүлгөн. Боордун эхинококкоз дарты менен 143 бейтапка эхинококк мите курттарын зыянсыздандыруу үчүн «Декаметоксин» 0,02% аралашмасы колдонулганы көрсөтүлгөн. Андан сырткары, дарттын кайталануусун алдын алуу үчүн 40 бейтапка фиброздук чел кабыкка «Декаметоксин» 0,02% аралашмасы куюлду.

Негизги сөздөр: декаметоксин, боор, эхинококкоз, эхинококк мите-курттарын зыянсыздандыруу.

**CLINICAL AND EXPERIMENTAL BASIS OF THE METHOD OF DISINFECTION IN THE
LIVER ECHINOCOCCOSIS**

Abdisamatov B.C., Aliev M.J., Nijazbekov K.I., Maksut u. E., Makambay k. A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of general practice surgery with the course of combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. An experimental and laboratory study were carried out on 18 animals to detect safety of drug “Decamethoxin” 0,02% on the hepatic tissue. There are 143 results of operated patients with hydated disease of liver. For disinfection of echinococcosis’s elements it was used “Decamethoxin” 0,02%. Also for the prevention of disease’s recurrence 40 patients were inserted “Decamethoxin” 0,02% into perycapsular tissue of a liver.

Key words: decamethoxin 0,02%, liver, echinococcosis’s, disinfection, scolexocid action.

Введение.

Эхинококкоз в Кыргызской Республике является краевой патологией, где ежегодно отмечается увеличение встречаемости этого тяжелого паразитарного заболевания, приносящего большой социально-экономический ущерб государству и в последнее время стала глобальной проблемой [1,3].

Несмотря на профилактические мероприятия и лечение, количество больных эхинококкозом увеличивается с каждым годом.

Радикальным методом лечения эхинококкоза признан только хирургический, однако рецидивы заболевания встречаются в 16-28% наблюдений, чаще всего после операций по поводу сочетанных и множественных форм [3,4].

В последнее время многими исследователями не раз доказывалось, что для рецидива эхинококкоза печени фиброзная капсула играет важнейшую роль [5,6]. Ведущую роль в развитии рецидива заболеваний играют роль зародышевые элементы эхинококка, выводковые капсулы с протоскоксами, которые могут находиться также в фиброзной капсуле.

По литературным данным отмечено, что при нарушении целостности хитиновой оболочки, при

осложненных формах эхинококкоза и при погрешностях техники хирургической обработки в микротрещинах фиброзной капсулы оседают зародышевые элементы эхинококка, которые впоследствии могут стать причиной рецидива заболевания [2,5,6,7,8]. Поэтому успех хирургического лечения и профилактика послеоперационных рецидивов во многом зависит от надежной интраоперационной противопаразитарной обработки [2], для чего на сегодняшний день используются разнообразные методы обеззараживания полости фиброзной капсулы (NaCl 30%, фурацилиновый раствор, салициловая кислота, озонированный раствор и др.) [1,2]. На сегодняшний день разрабатываются все новые антисептические препараты, среди них наибольший интерес представляет антисептический препарат на основе декаметоксина, который по данным работ некоторых авторов обладает бактерицидным, протозооцидным действием [11,12].

Цель:

1. Установить и оценить сколексцидное действие препарата декаметоксин 0,02% in vitro на плодородные элементы эхинококка.

2. Определить действие препарата на ткань печени в эксперименте для выявления токсичности на

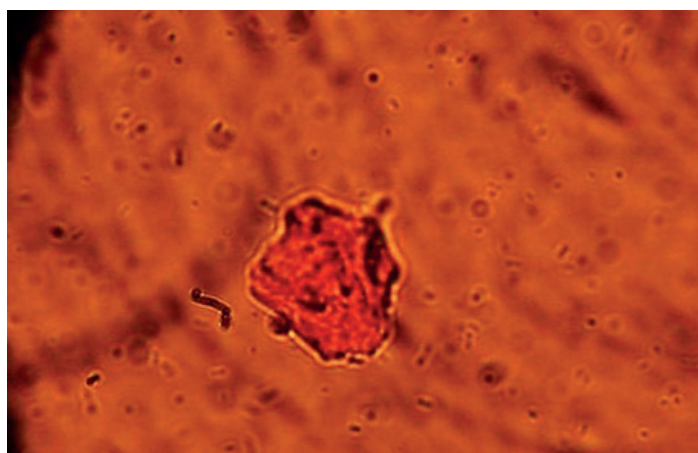


Рис.1. Изменение сколекса через 2 минуты

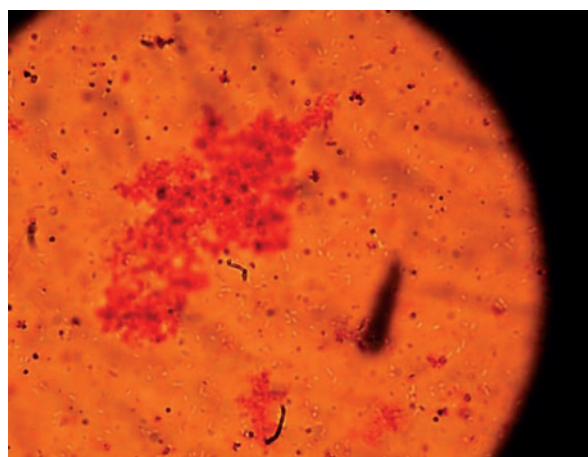
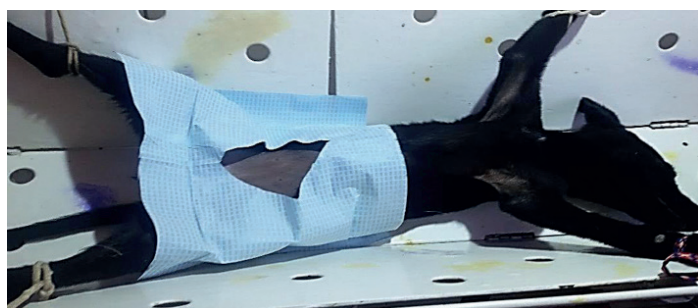


Рис.2. Сколексы разрушаются через 4 минуты



А



Б

Рис.3. А - укладка животного

Б - введение декаметоксина в ткань печени животного

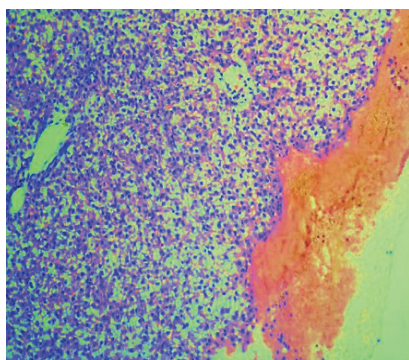


Рис.4. Ткань печени до введения декаметоксина, окраска по Ван Гизону, увеличение x 100

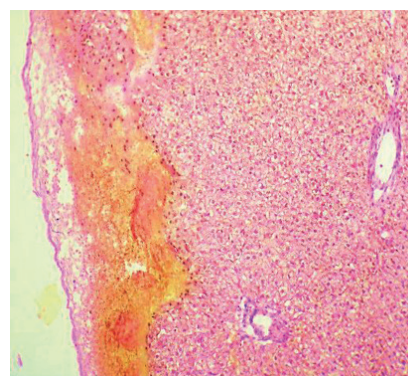


Рис.5. Ткань печени на 28 сутки после введения декаметоксина, окраска по Ван Гизону, увеличение x 100

Таблица 1.
Показатели биохимических анализов крови у собак в норме

Билирубин, мкмоль/л	АЛТ, мккат/л	АСТ, мккат/л	Общий белок, г/л	Тимоловая проба, ед	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л
3-13,5	9-52	11-42	40-73	1,2-2,8	3,5-9,2	50-138

гепатоцитов.

Материалы и методы исследования.

Экспериментальная часть проводилась в ветеринарной клинике при КНАУ им. К.И. Скрябина совместно с сотрудниками кафедры хирургии и акушерства, а морфологические исследования на кафедре патологической анатомии КГМА имени И.К. Ахунбаева.

Исследования проведены на 18 собаках (рис.3.А, Б). В ткань печени вводили препарат “Декаметоксин” 0,02% в количестве 5-10 мл. Действие препарата исследовали на 3, 15 и 28-30 сутки путем взятия ткани печени для гистологического исследования и параллельно выполняли биохимические анализы крови (трансаминазы, тимоловая проба, общий билирубин, мочевины, креатинин, общий белок) и провели наблюдение за состоянием животных. Была проведена биопсия с забором материала в разных точках у края печени, что позволило судить о точности данного метода.

В экспериментальной части выполняли исследования на животных (беспородистые собаки), при проведении всех манипуляций (обкалывание паренхимы печени, взятие биопсии, фотографирование), соблюдены правила гуманного отношения с лабораторными животными (Закон КР от 17.06.99 г. № 59 ст. 30,36), а также требования и условия, изложенные в Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской ассоциации норм асептики и антисептики. Кроме того, нами были выполнены исследования *in vitro* для определения сколексоцидного действия препарата декаметоксина, так как его активно применяли при гнойно-воспалительных процессах [8,11,12].

Результаты и их обсуждение.

Нами установлено, что «*in vitro*» препарат «Декаметоксин» 0,02% влияет на зародышевые элементы эхинококка с экспозицией в 5 мин, сколексы погибают в 100 %. Этапы изменения плодородных элементов даны на рисунках 1-2.

Гистологическое исследование ткани печени путем взятия биопсии у края печени животных выполнялось на 3;15;28-30 сутки после инъекции декаметоксина в ткань печени животных и при этом было установлено, что препарат “Декаметоксин” в

концентрации 0,02% не является гепатотоксичным и не вызывает функциональные нарушения печени и почек.

Таким образом, на 3-4 минутах происходит полное уничтожение сколексов и протосколексов, что является оптимальным временем экспозиции (патент № 1669 от 29.08.14).

До введения препарата декаметоксин 0,02% в паренхиму печени установлено, что дольковое и балочное строение печени сохранено. Местами синусоиды умеренно расширены. В портальных трактах определяются ветви воротной вены, печеночной артерии и желчные капилляры. Гепатоциты имеют ядра округлой формы, которые занимают 1/4- часть цитоплазмы. Цитоплазма отдельных гепатоцитов зернистая. В отдельных гепатоцитах отмечается слабовыраженная мелкокапельная жировая дистрофия (рис.4).

На 3-4 сутки: после введения препарата декаметоксин 0,02 % определяются очаги кровоизлияний с умеренной воспалительной реакцией и местами начало формирования грануляционной ткани. Вдали от места введения декаметоксина определяется незначительное разрушение балочного строения гепатоцитов, склероз и инфильтрация печеночных клеток.

На 15 сутки: дольковое и балочное строение ткани печени сохранено. Отмечается умеренное расширение центральных вен и синусоидов центральной части с полнокровием, гепатоциты обычного строения. В отдельных гепатоцитах определяется зернистость цитоплазмы. Близко к месту введения препарата отмечается гиперплазия гепатоцитов, слабовыраженный холестаз.

На 28-30 сутки: отмечается формирование фиброзной ткани. Морфологическая картина ткани печени в области введения и вдали от него однотипная, портальные тракты обычного строения. Гепатоциты имеют ядра округлой формы, цитоплазма мелкозернистая, балочное строение сохранено. Умеренное расширение центральных вен (рис.5).

Наряду с гистологическим исследованием в эти же сроки выполнены анализы крови по определению функционального состояния печени и почек (табл.2).

Полученные экспериментальные данные

Таблица 2.
Динамика показателей функционального состояния печени и почек после введения декаметоксина в ткань печени животных

Сроки исследования	Били-рубин, мкмоль/л	АЛТ, мккат/л	АСТ, мккат/л	Общий белок, г/л	Тимоловая проба, ед	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л
До введения, $M_1 \pm m_1$	$13,5 \pm 2,12$	$0,06 \pm 0,002$	$0,04 \pm 0,002$	$55,8 \pm 1,12$	$2,0 \pm 0,04$	$6,2 \pm 0,37$	$92,4 \pm 2,15$
3-4 сутки $M_2 \pm m_2$	$14,8 \pm 1,05$	$0,08 \pm 0,001$	$0,07 \pm 0,001$	$52,3 \pm 1,27$	$2,8 \pm 0,05$	$6,6 \pm 0,24$	$98,6 \pm 1,11$
15-16 сутки $M_3 \pm m_3$	$13,2 \pm 1,12$	$0,07 \pm 0,001$	$0,05 \pm 0,002$	$53,2 \pm 1,18$	$3,2 \pm 0,1$	$6,1 \pm 0,15$	$94,3 \pm 0,42$
$M_1 - M_2$	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
$M_1 - M_3$	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05

обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (М), средней квадратичной (ё) величины и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t- критерию в таблице Стьюдента.

Как показали результаты биохимических исследований крови экспериментальных животных, после введения декаметоксина 0,02% в паренхиму печени на 3-4 сутки отмечались небольшие отклонения от исходного уровня печеночных и почечных тестов, а в последующие сроки (15,28-30 сутки) показатели биохимических анализов крови достигли исходных величин.

Нами 40 больным эхинококкозом печени с высоким риском рецидива болезни, из которых: у 21 был нагноившийся, 15- разложившийся, 2- с прорывом в желчные пути, 2- с рецидивным эхинококкозом печени, дополнительно вводили декаметоксин в фиброзную капсулу и перикапсулярную ткань печени в объеме 5-10 мл в зависимости от размера оставшейся части фиброзной капсулы после различных вариантов ликвидации остаточной полости, с целью предотвращения рецидива болезни (патент № 1692 от 28.11.14), после предварительного подогревания раствора до 36-38°C (температура тела). Эти больные в послеоперационном периоде находились под нашим наблюдением в течение 3 лет, при периодическом обследовании (УЗИ печени, печеночные и почечные тесты) показатели данных лабораторно-инструментальных исследований были в пределах нормальных величин. Рецидивов эхинококкоза у этих пациентов не выявлено.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения препарата декаметоксина для обеззараживания плодородных элементов эхинококка в клинике и доказано нетоксичность препарата в эксперименте, что он не вызывает функциональных нарушений печени, почек и не приводит к некрозу гепатоцитов.

Выводы:

1. Препарат «Декаметоксин» 0,02% обладает высоким сколексоцидным действием на плодородные элементы эхинококка.
2. Препарат обладает относительно коротким временем экспозиции при обеззараживании плодородных элементов эхинококка.
3. Введение препарата декаметоксин 0,02% в

ткань печени не оказывает гепатотоксического действия в эксперименте и может применяться в клинических условиях для обеззараживания плодородных элементов эхинококка и профилактики рецидива болезни.

Литература:

1. Акматов, Б.А. Эхинококкоз [Текст] / Б.А. Акматов. – Бишкек: Кыргызполиграфкомбинат, 1994. – 158с.
2. Алиев, М.Ж. Эффективность методов обработки полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст]: автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.01.17/ М.Ж. Алиев. - Бишкек, 2015. – 24с.
3. Ахмедов, И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение [Текст] / И.Г. Ахмедов // Хирургия - 2006. - № 4. - С. 52-57.
4. Байбеков, И.М. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / И.М. Байбеков, М.М. Алиев, А.И. Икрамов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2001. - № 6 - С. 51-53.
5. Белеков, Ж.О. Вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококковых кист печени [Текст] / Ж.О. Белеков // Хирургия Казахстана. -1997.- № 1-2. - С. 79-84.
6. Бетирова, Д.Ш. Профилактика рецидивов эхинококкоза печени [Текст]: автореф. дис. ...канд.мед.наук: 14.00.27 / Д.Ш. Бетирова. - Алматы, 2007. – 25с.
7. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: Современный взгляд на состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т.11. № 1.- С. 111-117.
8. Ковальчук, В.П. Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату декасану [Текст] / В.П. Ковальчук, М.І. Гуменюк, В.В. Бікміров // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2002. - №2. – С.292-294.
9. Назыров, Ф.Г. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Ф.Г. Назыров, А.В.Девятков, М.М. Акбаров // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - № 4.-С. 19-21.
10. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский и др. // Хирургия. - 2003. - № 1.- С. 31-35
11. Фомин, П.Д. Применение антисептика Декасан при нагноительных процессах в мягких тканях [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // Ліки України. - 2006. – № 11. - С. 74-75.
12. Фомин, П.Д. Применение антисептика декасана в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // Клінічна Хірургія. - 2009. - №11-12. – С.98-100.

БОЛЕЗНЬ ФУРНЬЕ, СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ**Алиев М.Ж., Эсенбаев Ж.Ж., Вагнер Н.А., Шерматов М.Б., Мамыров М.Ж.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты лечения молниеносной гангрены мошонки (болезнь Фурнье) выявленной у 6 больных в возрасте от 53 до 61 лет. Из них ограниченная форма заболевания была у 4 больной, распространенная форма у 2. Развитию болезни предшествовали мелкие травмы, ссадины кожных покров, инфицированные возбудителями болезни стрептококки и неклостридиальная анаэробная инфекция. Активная тактика в лечении болезни Фурнье включала раннюю некрэктомию, систему местного лечения с обильным орошением ран озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл или 3% раствором перекисью водорода с наложением повязок с 0,02% декаметоксина – до полного очищения ран, коррекцию нарушения водно-электролитного баланса, позволяют улучшить результаты лечения. Проведен анализ тяжести состояния больных и результатов лечения.

Ключевые слова: Болезнь Фурнье, лечение, пластика, декаметоксин, тазиллин.

ХИРУРГИЯЛЫК ТАЖРЫЙБАДА КЕЗДЕШКЕН ФУРНЬЕ ДАРТЫ**Алиев М.Ж., Эсенбаев Ж.Ж., Вагнер Н.А., Шерматов М.Б., Мамыров М.Ж.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз малекеттик медициналык академиясы

Комбустиология курсу боюнча жалпы практикалык хирургия кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Фурнье дартын хирургиялык жол менен дарылоодогу жыйынтыктары жана аны менен сыркоологон 6 бейтаптын 53-61 жаштагы курактары көрсөтүлдү. Фурнье дартынын чектелген түрү менен 4 бейтапта, алэми кеңири таркаган түрү менен 2 бейтапта кездешти. Дарттын пайда болуусуна көбүнчө кичинекей травмадан кийинки жаракаттары жана теринин жабыркалануусу орун алды. Дартты чакыруучу стрептококктор жана клостридалдык эмес микробдор болуп саналат. 6 бейтаптын ичинен бир бейтап набыт болду. Фурнье дарты өзүнө кечендебеген активдуу некрэктомияны, организмге эң керектүү аралашмаларды куюу жана жараны озон аралашмасынын 8-10 мкг/мл эритмеси менен жана декаметоксин 0,02% антисептикалык аралашмасы менен жаратты таза болгуча жууп-тазалоону талап кылат. Бейтаптардын акыбалы жана дарылоонун жыйынтыктары боюнча анализдери аныкталган.

Негизги сөздөр: Фурнье дарты, пластика, дарылоо, тазиллин, декаметоксин.

FOURNIER'S DISEASE, CASES OF PRACTICE**Aliev M.J., Esenbaev J.J., Vagner N. A.,Shermatov M.B., Mamirov M.J.**

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of general Surgery with the course of kombustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. There are given the results of treatment of lightning gangrene of scrotum (illness, Fournier) identified in 6 patients aged 53 to 61 years. Of these, a limited form of the disease was in 4 patients, a common form of the disease in 2 patients. The disease development was preceded by minor injuries, scrapes the skin, infected with disease pathogens Streptococcus and non clostridial anaerobic infection. Active management of the treatment of the disease Fournier includes early necroectomy, a system of local treatment with copious irrigation of wounds ozonized solution with ozone concentration of 8-10 mcg / mL or 3% solution of hydrogen peroxide with the imposition of bandages with 0.02% decametoxine to complete cleansing of wounds correction of violations of water electrolyte balance, can improve treatment outcomes. The analysis of the severity of the condition and the results of patients treatment was carried out.

Key words: Fournier's disease, treatment, plastic, decametoxine, tazillin.

Введение.

Профилактика и лечение гнойной инфекции является одной из сложных и актуальных проблем современной хирургии [1,2]. Часть больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей – это пациенты с редкими гнойными заболеваниями, отличающимися особой клинической картиной и неэффективностью лечения обычными способами. Одним из них является болезнь Фурнье, смертность от которой колеблется от 30% до 80% по данным различных авторов [5,6,7].

До сих пор не решены вопросы раннего пластического закрытия обширных послеоперационных дефектов мягких тканей промежности с обнажением яичек, кавернозных тел, после разрешения гнойно-некротического процесса, что имеет важное значение как в косметическом, так и функционально-биологическом аспектах [4,8,10].

Проблематичность пластики мошонки местными тканями как наиболее приемлемого варианта

операции, во многом связана с неунифицированностью оперативного вмешательства при болезни Фурнье. Применяемые широкие разрезы нарушают и без того плохое кровоснабжение мошонки, способствуя тем самым увеличению объема некроза кожных лоскутов. Поэтому некоторые авторы не исключают возможность окончательного помещения обнаженных яичек под кожу бедер, другие предлагают для пластики мошонки применять свободную кожную пластику, как более простую по технике, но не всегда дающую удовлетворительные косметический и функциональный результаты [6,8,11].

Изложенные выше свидетельства об актуальности проблемы и целесообразности дальнейших исследований по оптимизации хирургического вмешательства в комплексном лечении этого заболевания. Это связано как с высокой частотой заболеваемости, так и с существенными материальными затратами, что переводит эту проблему из разряда медицинской в социально-экономическую, т.е. государственную проблему [7,10,12].

Одним из них является болезнь Фурнье (Б.Ф.), впервые описанная в 1883 году Жаном Альфредом Фурнье. Основными признаками этого заболевания он считал неожиданную манифестацию болезни у здоровых людей без определенной причины и быстрое развитие гангрены наружных половых органов.

В настоящее время под БФ подразумевают некроз кожи и подкожной клетчатки промежности, передней брюшной стенки при условии первичного поражения наружных половых органов. Этим заболеванием чаще страдают мужчины, однако иногда оно развивается и у женщин [4,7,9,13]. Клинически заболевание проявляется симптомами выраженной интоксикации с наличием участка некроза кожи мошонки или промежности. По литературным данным к 1937 году были описаны 149 больных БФ, к настоящему времени — более 600 больных.

Этиология заболевания изучена недостаточно. Большинство авторов считает, что причиной развития БФ служит инфекция, проникающая экзогенным путем в случае повреждения защитного барьера при заболеваниях урогенитального тракта, колоректальной зоны, кожи наружных половых органов и промежности [5,6,7]. Высоковирулентная инфекция оказывает токсическое действие и вызывает тромбофлебит, отек, а затем сдавление и тромбоз сосудов артериальной сети. В результате нарушения микроциркуляции происходит активизация факультативной и условно-патогенной микрофлоры с последующим гнойным расплавлением жировой клетчатки, что усугубляет ишемию и способствует развитию некроза кожи мошонки или промежности [6,7,8,9].

Особенности заболевания заключается в том, что зона некроза подкожной жировой клетчатки и фасции значительно больше области некроза кожи и при обширном некрозе кожи мошонки и полового члена яички интактны в силу кровоснабжения из других источников и воспалительный процесс редко проникает глубже поверхностной фасции [2,8]. При остром парапроктите БФ развивается в 0,12% случаев. Встречаются сообщения о развитии БФ после хирургических вмешательств или инвазивных манипуляций - аппендэктомии, геморроидэктомии, релапаротомии, пункционной биопсии простаты [9,11,14]. Часто благоприятным фоном для развития БФ являются сахарный диабет, хронический алкоголизм, а также в случае длительного применения кортикостероидов [10,11,13]. При посеве отделяемого из ран выявляют различные ассоциации аэробных и анаэробных микроорганизмов. Все исследователи утверждают, что лечение БФ должно включать интенсивную терапию (пред- и послеоперационную) и оперативные вмешательства [5,7,12,14].

Тем не менее лечение подобных больных трудное и не всегда приводит к успеху, о чем свидетельствует летальность, которая по данным отечественных и зарубежных хирургов варьирует от 30 до 80% [6,7,13,14].

Цель исследования.

Представить результаты комплексного лечения больных с болезнью Фурнье.

Материалы и методы.

С 2011 по 2015 год наблюдали 6 больных с

болезнью Фурнье, все мужчины в возрасте от 53-61 лет. Поступали в экстренном порядке и чаще на 5-7 сутки от начала заболевания. В обследовании больных помимо общеклинических показателей использовали бактериологическое исследование крови и очага поражения, печеночные и почечные тесты по общепринятым методам.

Результаты и обсуждение.

В наших наблюдениях частота БФ среди всех гнойно-воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки составила 0,06%. Больные поступали с жалобами на наличие болезненного уплотнения в области промежности или внизу живота, повышение температуры тела до 38,2 - 39,1°C. При поступлении состояние двух больных оценивали как тяжелое, 4 - средней тяжести. Тяжесть состояния была обусловлена длительностью заболевания до поступления в стационар и синдромом интоксикации. Температура тела при поступлении и за время пребывания в стационаре была субфебрильной у всех пациентов. Вследствие тяжелого состояния и выраженной интоксикации у 3 больных возникла необходимость в предоперационной подготовке, которая заключалась в инфузии кристаллоидов, стимуляции диуреза при олигурии, введении антибиотиков широкого спектра действия.

Средний объем инфузии составил от 1,5 до 3,3 л в сутки. После определения характера болезни все больные оперированы под внутривенным наркозом. Выполняли иссечение всех некротизированных тканей и тканей с сомнительной жизнеспособностью до глубокой фасции с обильным орошением ран озонированным раствором с концентрацией 8-10 мкг/мл или 3% раствором перекиси водорода с наложением повязок 0,02% раствором декаметоксина - до полного очищения ран.

Всем больным с учетом бактериологического исследования отделяемого из ран вводили антибиотики широкого спектра действия. У 3 больных возникла необходимость в смене антибиотика, которые вводили парентерально по следующей схеме: цефтриаксон + метронидазол; тазиллин 4,5 г. с коротким курсом (3-4 дня). После улучшения состояния и наступления фазы грануляции одному больному на 21-е сутки выполнена пластика дефекта кожи мошонки перемещенным кожным лоскутом и реконструкция мошонки местными тканями.

Из 6 больных умер 1 на 15-е сутки после операции, который поступил в стационар на 5-е сутки, после начала заболевания, в тяжелом состоянии с явлениями выраженной полиорганной недостаточности.

Приводим клиническое наблюдение:

Больной Г.-в. 55 лет, поступил в ГКБ № 1 г. Бишкек 18.09.15 г. с жалобами на сильные боли в области мошонки и промежности, отеки, красноту, повышение температуры тела до 39°C, выраженную слабость, отсутствие аппетита, на 5-е сутки от начала заболевания. В день поступления после короткой предоперационной подготовки оперирован в срочном порядке. Операция закончена широким вскрытием гнойных очагов и некрэктомией. Назначено антибиотикотерапия, инфузионная терапия и местное лечение, которое включало озонированный раствор с концентрацией 8-10 мкг/мл или 3% раствор перекиси



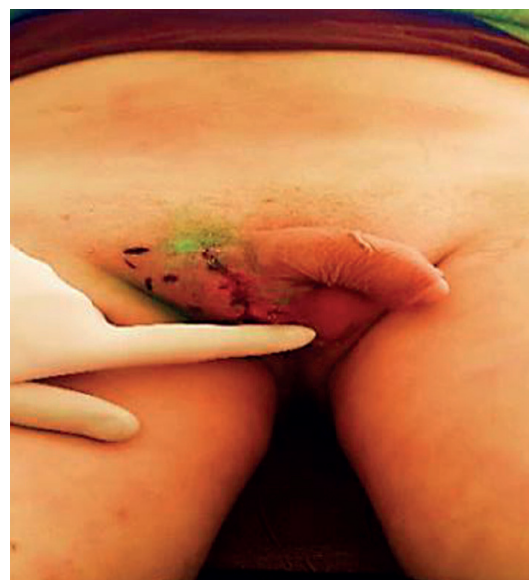
А. Вскрытие гнойных очагов



Б. Лечение на 5-7 сутки



В. На 9-10 сутки лечения



Г. После пластики дефекта кожи

Рис 1.

водорода и антисептик «Декаметоксин 0,02%», которым трижды в день орошали раны до полного очищения раны, санировали гнойные очаги, накладывали мазевую повязку с левомеколем и йодоформом.

На 5-7 сутки раны очистились, появилась грануляционная ткань, состояние больного стабилизировалось, симптомы интоксикации прошли.

На 9-10 сутки состояние больного удовлетворительное, антибиотикотерапия и инфузия отменены. В удовлетворительном состоянии выписанна 11-е сутки для продолжения лечения в условиях поликлиники, через 20 дней произведена пластика дефекта кожи мошонки перемещенным кожным лоскутом и вокруг лоскута в пределах здоровой кожи произведены насечки для того, чтобы не возникло натяжение. Этапы лечения больного даны на рисунке 1 (А, Б, В, Г. фотоснимок этапов операции больного Г-ва).

БФ до настоящего времени остается серьезным гнойно-септическим заболеванием, при котором

сохраняется высокий уровень летальности. В статье мы осветили основные аспекты этиологии, клинических проявлений и лечения БФ, а также показали собственные результаты лечения данного заболевания с использованием современных антибиотиков и антисептик декаметоксин. Основным методом лечения БФ остается хирургический, поэтому чем раньше выполнена операция, тем больше шансов спасти больного. Среднее пребывание в стационаре составило от 14 до 33 койко-дней.

Таким образом, использование оперативного метода в комплексе с общими и местными лечениями, направленными на предотвращение распространения инфекции и пластику дефекта кожи удалось добиться выздоровлением у 5 из 6 поступивших с болезнью Фурнье.

Литература:

1. Батян, Н.П. Гангрена и флегмоны наружных половых органов в жарком климате [Текст] / Н.П. Батян, Л.Е. Котович // Здравоохранение Белоруссии. — 1970. — № 9. — С. 64—66.

2. Биспен, А.В. Болезнь Фурнье и туберкулез половых органов [Текст] / А.В. Биспен, О.Н. Зубань, Р.К. Ягафарова // Проблема туберкулеза. — 1999. — № 6. — С. 57—58.
3. Гангрена Фурнье как частный случай некротизирующего фасциита [Текст] / А.И. Черепанин, К.В. Светлов, А.М. Веремеенко, Е.В. Бармин [Текст] / Анналы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского // Ежегодное научное издание. Выпуск 15. М 2007. — С. 114—117.
4. Датуашивили, Т.Д. Терапия больных молниеносной гангреной мошонки и ее осложнений [Текст] / Т.Д. Датуашивили, А.Я. Пилипенко // Урология и нефрология. — 1988. — № 5. — С. 21—26.
5. Ибатулин, И.А. О патогенезе фасциальной гангрены [Текст] / И.А. Ибатулин, А.И. Гетта, С.А. Тарабарин // Вестник Хирургии. — 1980. — № 3. — С. 45—46.
6. Измайлов, Г.А. Болезнь Фурнье [Текст] / Г.А. Измайлов, С.Г. Измайлов // Вестник хирургии. — 1997. — Т. 156. № 6. — С. 70—73.
7. Использование пахового стебля для восстановления покровов полового члена после гангрены Фурнье [Текст] / С.Х. Кичемасов, В.П. Александров, А.Ю. Липкин // Урология и нефрология. — 1990. — № 4. — С. 66—68.
8. Кузовлев, С.П. Болезнь Фурнье у больного, подвергшегося релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита [Текст] / С.П. Кузовлев // Хирургия. — 1990. — № 7. — С. 145—147.
9. Левкин, В.Я. Спонтанная гангрена мошонки [Текст] / В.Я. Левкин, Э.Ф. Самарец, Р.Г. Сакс, В.Н. Четверикова // Хирургия. — 1984. — № 4. — С. 108—111.
10. Некротизирующий фасцит: патофизиологические и клинические аспекты проблемы [Текст] / М.В. Гринев, О.А. Будько, К.М. Гринев, О.В. Бабков // Материалы XXV научно-практической конференции хирургов Республики Карелия, Петрозаводск 2005. — С. 15—17.
11. Сахаутдинов, В.Г. Болезнь Фурнье [Текст] / В.Г. Сахаутдинов // Хирургия 1989. — С. 122 - 127.
12. Тулегенов, А.К. Болезнь Фурнье [Текст] / А.К. Тулегенов, С.В. Хан // Здравоохранение Казахстана. — 1969. — № 8. — С. 63.
13. Cameron, J.L. Current Surgical Therapy. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Mosby 2004. — P. 1079—1085.
14. Faber, H.J. Daenen S. Fournier's gangrene as first presentation of promyelocytic leukemia [Text] / H.J. Faber, A.R. Girbes // Leuk Res 1998. — vol.22, #5. P. - 473—476.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИТОЗАНОВОГО ГЕЛЯ

Закиров Т.М.

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

Резюме. В статье авторами приводятся данные по поводу впервые используемого в Кыргызстане метода эндоскопической малоинвазивной риносинусохирургии, а также результаты применения шейверной пластики при гипертрофическом рините в сравнении с контрольной группой с применением хитозанового геля.

Ключевые слова: риносинусохирургия, вазоконхотомия, полисинусотомия, хитозан.

ӨНӨКӨТ ГИПЕРТРОФИЯЛЫК РИНИТИ ОПЕРАЦИЯЛЫК КИЙИНКИ ДАРЫЛОО МЕЗГИЛДЕ ХИТОЗАН ГЕЛИН КОЛДОНУУ ЫКМАСЫ

Закиров Т.М.

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

Корутунду. Бул макалада автордун Кыргызстанда биринчи жолу эндоскопиялык аз инвазивдүү риносинусохирургияда өнөкөт гипертрофиялык ринитте операциядан кийинки мезгилде хитозан гелин колдонуу ыкмасы менен контролдук группанын ортосундагы жыйынтыктары салыштырылган жана эффективдүүлүгүн биринчи жолу сынактан өткөрүп клиникалык баа берилген.

Негизги сөздөр: риносинусохирургия, вазоконхотомия, полисинусотомия, хитозан.

APPLICATION OF CHITOSAN GEL IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN SHEIVER PLASTICS OF HYPERTROPHIC RHINITIS

Zakirov T.M.

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

Resume. The authors present the data of the endoscopic low-invasive rhinosinusitis surgery used for the first time in Kyrgyzstan and also the results of the Sheiver plastics application for hypertrophic rhinitis in comparison with the control group with Chitozan gel application.

Keywords: rhinosinusitis surgery, vasoconchotomy, polysinusotomy, Chitozan.

Введение.

В связи со сложившейся за последние десятилетия увеличением экологического прессинга на организм человека, также необоснованное применение различных медикаментозных средств привело к значительному росту заболеваний хроническими формами ринита [3]. В структуре заболеваний ЛОР органов по данным ряда авторов гипертрофический ринит составляет от 6 до 16 %.

Тенденция к увеличению численности больных заболеванием в полости носа является показателем актуальности данной проблемы.

Обструкция носовых путей вызванное гипертрофией носовых раковин не только ухудшает качество жизни пациента [5], но также может привести к серьезным патологическим состояниям со стороны верхних и нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистым нарушениям и заболеванием ЦНС.

Хронический гипертрофический ринит характеризуется увеличением носовых раковин (преимущественно нижних), которое сопровождается изменением оптимальной архитектоники полости носа, приводящим к затруднению носового дыхания, а также к угнетению различных других функций носа [4].

В зависимости от морфологических изменений произошедших в структуре носовых раковин различают следующие формы гипертрофического ринита:

Кавернозная (сосудисто-гиперваскулярная, ложная) форма встречается часто и, как правило бывает диффузной. При кавернозной форме гипертрофического ринита происходит возрастание артерий замыкательного типа, утолщение стенок кавернозных синусов за

счет мышечных компонентов располагающиеся под эндотелием.

Фиброзная форма характеризуется большим количеством соединительной ткани. Бывает диффузной и ограниченной. В гипертрофическом процессе нередко вовлекаются костная основа носовых раковин.

Костная форма.

Отечная (полипозная, сосочковая) форма проявляется полипозным перерождением слизистой оболочки в среднем и верхнем носовых ходах. Отечная жидкость скапливается в области задних концов носовых раковин.

Комбинированные формы (смешанные) сочетают в себе признаки свойственные другим формам гиперплазии носовых раковин [4,6]

Для лечения гипертрофического ринита предложено много способов: различные виды коагуляций, криовоздействие, использование лазерных лучей, различные хирургические методы [5], ультразвуковая дезинтеграция, что говорит о неудовлетворенности полученными результатами. Каждый метод Наряду с положительными свойствами имеет определенные недостатки.

Хирургическое лечение, направленное на уменьшение размера носовых раковин часто подразумевает повреждение наиболее важного в функциональном отношении эпителиального слоя. В это же время по данным ряда авторов, щадящая хирургическая тактика при этой патологии не всегда приводит к ожидаемому клиническому эффекту, что зачастую требует повторного хирургического вмешательства.

В концепции современной риносинусхирургии предполагающей щадящее отношение к слизистой оболочке носа и носовых структур представляет интерес выбор оптимального хирургического метода лечения гипертрофического ринита на основе этиопатогенеза и клинко-морфологических форм заболеваний, сохраняет принцип щадящего хирургического вмешательства в полости носа при хроническом гипертрофическом рините и дает возможность для реабилитации только многофункционального органа как, слизистая оболочка.

Метод шейверной пластики при гипертрофии носовых раковин, включающий в себя процессы кавернотомии, пересечения сосудов и одномоментного удаления крови из раненного канала по средствам отсоса отвечает требованиям малоинвазивной хирургии и максимально сохраняет целостность слизистой оболочки полости носа в лучших традициях подслизистой вазотомии.

В данной работе дается описание методики проведения оперативного вмешательства, результаты хирургического лечения и эффективности применения хитозанового геля «Васна» в раннем послеоперационном периоде.

Характеристика хитозанового геля. В государственном научном центре вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Россия) разработана уникальная технология получения модифицированного хитозанового геля на основе натурального полисахарида вырабатываемого их панцирей камчатских крабов.

Модификации хитозана производили обработкой биофункциональными реагентами получив при этом микрогранулированный поперечносшитый полимер, легко образующий устойчивый гель, содержащий около 2% хитозана и 98% влаги включая 1% бензойной кислоты в качестве стабилизатора.

Благодаря структурным особенностям (поликатион с высокой плотностью заряда), хитозан обладает сродством к веществам белкового происхождения, полисахарида и микроорганизмом является эффективным агмотинирующим агентом, противогрибковым и противовирусным препаратом (Масычев В.И, Василенко С., 1998) способствующего активации макрофагов, хитозан может быть использован в качестве адъюванта для иммуностимулирующих веществ с целью повышения выработки антител организмом (Okamoto Vetal 1995) [2].

Исследование ранозаживляющего действие хитозана показало, что он является основой на которой организуется нормальная тканевая архитектура. Структурными основами стимулирующего эффекта хитозана в ранние сроки лечения являются: полноценное восстановление защитного барьера, ускорения новообразования грануляционной ткани, в первую очередь микрососудов, а также образование регенерата, по своим морфологическим свойствам приближающего к интактной ткани (Масычев В.И, Василенко С., 1998).

Материалы и методы.

В ЛОР отделении медицинского центра Кыргызской Медицинской Академии им. И.К.Ахунбаева оперативное вмешательство по поводу хронического гипертрофического ринита были произведены 135

больным. Возраст пациентов варьировал от 16 до 60 лет, из них лиц женского пола – 78 чел, мужского-57чел.

Больные жаловались на постоянное выраженное затрудненное носовое дыхание, головные боли, расстройства сна, утомляемость, нарушение обоняние и слуха, гнусавость т.д.

При риноскопии: выявлялось резкое увеличение носовых раковин, суженные носовые ходы, явление слизистой оболочки полости носа бледно-розового с синюшным оттенком. Преимущественно преобладала гиперплазия нижних носовых раковин.

Все больные получили хирургическое лечение с помощью эндоскопической технологии. Последняя позволила провести максимальную коррекцию патологических изменений анатомических структур без ненужных «эктомий» и излишней радикальности.

Кроме того для проведения оперативного лечения использованы специальные наборы инструментов. Эндоскопические внутриносые операции проводились в положении лежа на спине, обычно под местной анестезией, с предварительным введением анальгезирующих, седативных средств и анемизация проводилась местная инфильтрация раствора анестетика.

Инструменты вводились в полость носа параллельно эндоскопу и все манипуляции проводились под зрительным контролем.

Анестезия проведена инъекциями 1% раствора новокаина, который вводился под надкостнично в латеральную стенку полости носа.

Хотелось бы отметить преимущество шейверных систем при хирургическом лечении вазомоторного и гипертрофического ринитов полипозных риносинуситов[1].

Шейвер представляет последнее поколение ринохирургических инструментов, наконечник которого состоит из полой неподвижной части и вращающегося внутри ее лезвия. К одному из каналов ручки подключается отсос и подлежащая к удалению ткань измельчается вращающимся лезвием и аспирируется в резервуар отсоса [1].

При проведении подслизистой вазоконхотомии, полисинусотомии и микрогайморотомии в качестве основного инструмента использовались именно вышеуказанная техника, которая позволяла удалить полипы, измененную слизистую оболочку, расширить естественные соустья верхнечелюстной пазухи. После проведенного лечения пациенты находились под наблюдением в стационаре в среднем 1-3 суток, после чего с рекомендациями выписывались домой. Контрольный осмотр назначался на 5 -10 сутки лечения.

Следует отметить, что в наших клинических наблюдениях для остановки кровотечения после-операционном периоде были применены тампоны с хитозановым гелем «Васна» на слизистую оболочку полости носа вдоль носовых раковин. Техника наложения последней заключалась в следующем: вдоль раневой поверхности слизистой оболочки нижней носовой раковины укладывались сложенные в несколько слоев с хитозановым гелем марлевые салфетки «сигарообразно» и равномерно прижимались к слизистой оболочке и на

следующий день удалялся из полости носа. Контрольную группу составили 25 больных с хроническим гипертрофическим ринитом, которым была проведена конхотомия с тотальным удалением нижней носовой раковины по традиционной общепринятой методике. Остановку кровотечения проводили передним марлевым тампоном. Для оценки эффективности используемых методов использовались данные визуального осмотра (риноскопия, орофарингоскопия) и оценка общего состояния (жалобы, температура тела).

Результаты и их обсуждения.

У всех больных оперированных по поводу хронического гипертрофического ринита в ЛОР отделении МЦ КГМА им.И.К. Ахунбаева исход лечения расценивался как успешный, так как патологический процесс был элиминирован и восстанавливались основные функции носа в послеоперационном периоде.

В целях профилактики возможных осложнений проведена медикаментозная, этиопатогенетическая, иммуномодулирующая терапия.

Стабильное улучшение носового дыхания в основной группе наблюдалось уже впервые сутки после операции у 80 больных, у 12 больных полная нормализация носового дыхания наступила на 2-4 сутки. В то время как в контрольной группе у всех пациентов заложенность носа имело место еще в течении 7-12 дней. Данное обстоятельство в достаточной мере объясняется проявлением реактивного восстановления тканей в послеоперационном периоде, что и подтверждалось риноскопической картиной. незначительные проявления местной отечности и более ранняя эпителизация операционной раны у больных перенесших шейверную пластику, позволили сократить время пребывания больных в стационаре в среднем на 3-4 дня следует отметить, что представители контрольной группы в связи с наличием в полости носа марлево-мазевых тампона, впервые двое суток с большим постоянством отмечали такие жалобы как распирающие боли в носу, головные боли, общий дискомфорт. В течении послеоперационного периода эти больные получали обезболивающие препараты 2-3 раза в сутки, чего не потребовалось пациентам основной группы. Необходимо констатировать, что после положения марлевого тампона с хитозановым гелем гемостатический эффект достигался благодаря проявлением антикоагулянтной активности, обладанием способностью поддерживать перенос и освобождение лекарственных веществ, ускорению заживления ран и передвижения фибробластов к месту повреждения в начальной фазе заживления, обладанием антибактериальной активностью, в конечном итоге приводило остановке кровотечения.

После завершения терапевтического действия, удаление образовавшейся аморфной массы и полости носа происходило безповреждения раневой поверхности.

В послеоперационном периоде лица, получившие лечение по «традиционной» общепринятой методике,

также отмечали жалобы на сухость в носу, образование корки и периодическое чувство жжение в полости носа.

При осмотре больных на 7 -14 сутки после стационарного лечения стойкий эффект от проведенного хирургического вмешательства выражается в отсутствии жалоб, удовлетворительном носовом дыхании, подтвержденных данными риноманометрии, наблюдается у всех пациентов как основной, так и контрольной группы.

Заключение.

Таким образом методы эндоскопической риносинусхирургии с использованием шейвера при хроническом гипертрофическом рините, такие подслизистая шейверная конхотомия и шейверная частичная конхотомия под эндоскопическим контролем. Отвечая требованиям принципа малоинвазивности оперативного вмешательства и максимального сохранения целостности слизистой оболочки с присущими ей свойствами являются достаточно эффективным для коррекции патологически измененных патологических структур носа и околоносовых пазух. Кроме того, они облегчают работу ринохирурга и сокращают время хирургического вмешательства. Сроки стационарного лечения сокращаются в среднем до 2-3 дней.

Проведенные клинические исследования и динамическое наблюдение в раннем послеоперационном периоде показало, что использование хитозанового геля после шейверной пластики ранозаживляющего действия и антикоагулянтной активностью показало что является основой, на которой организуется нормальная тканевая архитектура. Хитозан стимулирует физиостатические репаративные процессы, ангиогенез и определенной степени подавляет фибриогенез. При оперативных вмешательствах в полости носа у больных хроническими гипертрофическим ринитом является безопасным и высокоэффективным методом остановки носового кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Литература:

1. Красножон В.Н. Эндоскопические методы диагностики и лечение воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух // г. Казань, 2004. стр 4,5
2. Голикова Е.Л. Структурная характеристика регенераторных процессов роговицы и конъюнктивы глаза при применении хитозановых производных Автореферат канд. Дисс. // г. Новосибирск, 2002
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей // 2-е издание, 2006 – 110-2124. Исламов И.М., Исмаилов А.А., Сыздыкова А.О. Эндоскопическая малоинвазивная микрохирургия при лечении гипертрофического ринита. Методическая рекомендация // г. Бишкек, 2006, стр. 8-9
4. Hoi M., Huizing E.H. Treatment of interior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques // Rhinology, 2000 – v3.8(4) – p. 157-166
5. Морозова О.Г. Клинико морфологическое обоснование выбора метода хирургического лечения хронического гипертрофического ринита Автореферат канд. Дисс., 2005, стр. 1-5

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА

Закиров Т.М.

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

Резюме. В статье приведены данные по поводу использования в Кыргызстане метода эндоскопической малоинвазивной радиочастотной тонзилло-лакунотомии при хроническом тонзиллите в сравнении с традиционными методами.

Ключевые слова: тонзиллит, радиочастотная, лакунотомия, тонзиллотомия.

ЭНДОСКОПИЯЛЫК АЗ ИНВАЗИВДУУ РАДИОЖЫШТЫГЫН ӨНӨКӨТ ТОНЗИЛЛИТЕ КОЛДОНУУ ЫКМАСЫ

Закиров Т.М.

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

Корутунду. Бул макалада автордун Кыргызстанда өнөкөт тонзиллитти дарылоодо эндоскопиялык аз инвазивдүү радиожиштыгын колдонуу менен контролдук группанын ортосундагы жыйынтыктары салыштырылган, жана эффективдүүлүгүн биринчи сынанан өткөрүп клиникалык баа берилген.

Негизги сөздөр: эндоскопия, радиожиштыг, тонзиллит.

ENDOSCOPIC RADIO-FREQUENCY TONSILLECTOMY FOR CHRONIC TONSILLITIS

Zakirov T.M.

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

Resume. For the first ever time in Kyrgyzstan the authors present their data concerning the application of the method of the endoscopic low-invasive radio-frequency tonsillectomy in chronic tonsillitis as compared to the conventional methods.

Key words: tonsillitis, radio-frequency, lacunotomy, tonsillotomy.

Введение.

В последнее десятилетие, несмотря на многочисленные научные исследования и практические разработки (Пальчун Б.Т. и соавт., 2001г.), проблема хронического тонзиллита остается актуальной. В структуре заболевания взрослых и детей ангина и хронический тонзиллит занимают высокое место. При хроническом тонзиллите возникает патологический процесс с изменениями как в патофизиологическом, так и в патоморфологическом процессах. Он характеризуется многоплановыми нарушениями всех звеньев гуморального и клеточного иммунитета, наличием интоксикации организма, а также разнообразными местными признаками {1}. В последнее время достаточно интенсивным развитием хирургических технологий и соответствующей аппаратуры для быстрого, щадящего и бескровного рассечения тканей при выполнении оперативных вмешательств наибольшее распространение получило применение электрохирургических устройств история создания которых насчитывает уже больше века. Аппаратура, в основе работы, которой лежит принцип электрокоагуляции, постоянно совершенствуется, что в значительной мере связано с интенсивным развитием последние 50 лет. Лапароскопических и эндоскопических вмешательств, где данный метод нашел широкие применение и является основными для рассечения тканей и обеспечения гемостаза {1,2,3}. В конце 70-х годов прошлого века имя И. Элманом был создан первый высокочастотный хирургический прибор, работавший на частотах 3.8-4.0 МГц, показавший высокую эффективность {3}.

В целом радиоволновая хирургия- это атравматический метод «холодного разреза» и коагуляции

мягких тканей без их разрушения. Эффект разреза достигается при помощи тепла выделяемого при взаимодействии тканей и высокочастотных радиоволн. Радиосигнал, передаваемый активным электродом, вызывает дегидратацию тканей либо их коагуляцию без нагревания электрода {2,3}. Радиочастотная тонзилло-лакунотомия небных миндалин представляет собой новый метод хирургического лечения хронического тонзиллита. Суть этого воздействия заключается в погружении в измененную ткань небной миндалины специального активного проводника в нескольких точках. Важно знать, что радиоволны нагревают ткани до температуры, при которых в месте воздействия происходит денатурация (сваривание) без разрушения и соответственно риск повредить соседние области во время операции сводится к минимуму. Однако этой температуры достаточно уничтожения большинства видов патогенных микроорганизмов, поддерживающих хроническое воспаление в небных миндалинах. Это проявляется двумя эффектами:

- Значительное уменьшение ткани в объеме.
- Санация (уничтожение) инфекции в криптах миндалин.

Показания к радиоволновому хирургическому вмешательству:

- Хронический тонзиллит с токсикоаллергической формой II степени.
- Хронический тонзиллит с сопряженными заболеваниями.
- Отсутствие эффекта от длительных консервативных лечений.
- Гипертрофия небных и носоглоточных миндалин.

Однако, существуют определенные противопоказания- острое воспаление глотки и небной миндалины, после которой пройти должно не менее 2-ух недель.

Материалы и методы.

В ЛОР отделении МЦ КГМА мы использовали универсальный радиохирургический высокочастотный аппарат ЭХВЧ- 300 Эллепс(Россия). С возможностью спрей коагуляции и фульгурации, позволяющий манипуляции в условиях амбулатории и стационара.

Данный аппарат работает в нескольких режимах, используемых для разных целей: «разрез», «коагуляция», «разрез и коагуляция» и «фульгурация». Под нашим наблюдением находилось 46 больных с хроническим тонзиллитом и гипертрофией небных миндалин. Из них – 28 мужчин, 18- женщин, 10- детей. Возраст пациентов от 10 до 60 лет. Давность заболевания от 4 и более 15 лет. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом с применением игольчатого и пуговчатого электродов в режиме «коагуляция» и при минимальной мощности 4-8 МГц.

Результаты и их обсуждение.

Результаты эффективности хирургического лечения, проведенного нами, с помощью радиохирургического высокочастотного аппарата ЭХВЧ-300 Эллепс, мы оценивали по следующим параметрам:

- Болевые ощущения
- интенсивность геморрагии во время вмешательств
- Сроки заживления раны после операции
- Косметический и функциональный эффект операции

В первые дни после операции небные миндалины, которые подвергались радиоволновому воздействию, увеличены в размере и покрыты защитным фибриновым налетом. Реактивное явление в ходе операции удерживается в течении 2-3 недель. Чрезмерно 3 недель небная миндалина самостоятельно очищается от налета

и уменьшается в объеме. Послеоперационный период протекал без осложнений. Болевой синдром умеренно выражен. Все больные были выписаны из стационара на 2 сутки и находились под наблюдением в амбулаторных условиях в течении 2 недель. С назначением орошения глотки фурацилином и содовым раствором, также щадящая диета. У больных, оперированных традиционным методом, отмечалось значительное снижение сосудистого тонуса, в то время как при использовании радиочастотного тонзиллолакунотомии тонус оставался практически неизменным, часто ассоциировалось лучшим прогнозом в развитии осложнения у больных 1 группы.

Заключение.

Таким образом, проведенные исследования показывают преимущество радиоволновой тонзиллолакунотомии в сравнении с традиционным скальпелем с минимальной травматичностью и возможностью быстро выполнить операцию, бескровное операционное поле, уменьшение послеоперационной боли и осложнений. Способствует более раннему очищению ран от фиброзного налета и ускоряет ее эпителизацию, что в конечном итоге сокращает сроки реабилитации послеоперационных больных.

Литература:

1. Гучников М.В., Староветский А.Б. Сборник статей и отзывов по радио хирургии. Москва 2008 с.28-30
2. Машкин А.М., Хайрыш А.А., Эфанов А.Е., и др. Применение эндоскопической аргонно-плазменной коагуляции в лечении больных с острыми желудочно-кишечными и пищеводными кровотечениями различной этиологии. Пособие для врачей г.Екатеринбург, 2007. С.40
3. Ступнин Б.А., Смирнова Г.О., Мантурова Н.Э. и др. сравнительный анализ процессов заживления хирургических ран при использовании различных видов радиочастотных режущих устройств и металлического скальпеля. Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье» г.Курск, 2010, №4, с.6-9

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Самарбеков Н.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью нашей работы явилось улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами за счет совершенствования метода Лихтенштейна. Всего оперировано 48 больных по поводу паховых грыж, из них у 12 применен классический метод Лихтенштейна, а у остальных модифицированный метод. Большинство пациентов были мужчины – 45 больных, женщин было - 3, лиц трудоспособного возраста – 33. Все больные оперированы в плановом порядке. Давность заболевания колебалась от 2 месяцев до 11 лет. Грыженосителями в течение длительного времени являлись 11 больных, которые обратились уже при возникновении таких осложнений как неврастимность грыжевого мешка – 1 и ущемление – 10. Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста. После операции у 1 выявлен инфильтрат, других осложнений не наблюдали. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. В сроки от 6 до 18 месяцев при контрольном обследовании рецидив не обнаружен.

Ключевые слова: паховые грыжи, оперативное лечение, метод Лихтенштейна, отдаленные результаты.

ЧУРАЙ ЧУРКУНУ ДАРЫЛООНУН ЗАМАНБАП ЫКМАЛАРЫ

Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Самарбеков Н.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул изилдөөнүн натыйжасы-чурай чурку оорусун дарылоо жыйынтыгын, Лихтенштейн ыкмасынын жаныртылган түрүн колдонуу менен жакшыртуу. Чурай чурку оорусу менен 48 бейтап операция жолу менен дарыланган, алардын он экисине классикалык Лихтенштейн ыкмасы колдонулса, калгандарына Лихтенштейн ыкмасынын жаныртылган түрү колдонулду. Бейтаптардын көпчүлүгүн эркектер саны түздү, алар-45, аял заты-3. Жумушка жарактуусу-33. Бардык бейтаптар пландуу түрдө операция болду. Датр 2 айдан 11 жылга чейин созулду. Чурай менен көпкө ооругандардын жалпы саны 11. Алардын ичинен чуркусу кирбей калганы 1, кызылып калганы 10. Биз, улгайган кишилерди эртерээк кыймылдоосуна көп көңүл бөлүдүк. Операциядан кийин 1 бейтап жараттын инфильтрат кабылдоосу байкалды, башка кабылдоолор болгон жок. 6 айдан 18 айга чейинки убакытта оорунун кайталанышы байкалган жок.

Негизги сөздөр: чурай чурку, операциялык дарылоо, Лихтенштейн ыкмасы, алыскы жыйынтыктар.

MODERN METHODS IN INGUINAL HERNIA TREATMENT

Musaev A.I., Zhamankulova M.K., Samarbekov N.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The main purpose of our work was to increase efficiency of results of curing patients with inguinal hernia by developing methodology of Liechtenstein. In total 48 patients had a surgery related to inguinal hernia, in 12 cases classical methodology of Liechtenstein was used, and the rest used the modified version. Most of the patients were men-45 of them, there were 3 women, and 33 of working age. All patients had surgery in planned row. Disease prescription was from 2 month to 11 years. Hernia carriers were 11 of patients, which contacted the hospital after detecting incorrigibility hernia sac- 1, pinching – 10. We paid much meaning to early activation of patients, especially those of elderly ages. After the surgery 1 of them had infiltrate, other complications were not noticed. All patients were discharged in satisfactory state. In 6-18 mouths after the monitoring of patients relapse was not detected.

Key words: inguinal hernia, surgical treatment, Lichtenstein method, long-term results.

Введение.

Наружные грыжи живота являются одной из часто встречающейся хирургической патологией, их частота колеблется от 3 до 7 % населения и составляет 8-10% объема работы общехирургических стационаров[1,3,4]. Подавляющий процент всех грыженосителей приходится на паховые грыжи это 70-75% [5].

Актуальность проблемы паховых грыж понятна: несмотря на большое количество работ в этой области, частота развития рецидива данной болезни остается на довольно высоком уровне.

В настоящее время хирургическое лечение паховых грыж разделяется на две группы: аутопластическое(с использованием местных тканей) и аллопластическое (с применением синтетических материалов).

Аутопластическое лечение паховых грыж, которое широко применялось до настоящего времени, сопровождается натяжением тканей, что зачастую приводит к развитию рецидива болезни, частота которого достигает 10-30% [8].

Среди способов паховой герниопластики в настоящее время на западе используется пластика по

Лихтенштейну[10], которая стала «золотым стандартом» при лечении паховых грыж, но к сожалению в нашей республике данный вид паховой аллопластики не получил широкого распространения. Основными достоинствами данного вида пластики, по мнению многих исследователей, является относительная простота герниопластики, заметное снижение боли в послеоперационном периоде, ранняя активизация и короткий период реабилитации пациентов, а также единичные случаи рецидивов.

По данным некоторых авторов случаи рецидивов при пластике по Лихтенштейну единичны и не превышает 1 % [2,6,9], это подтверждает Европейское сообщество исследователей грыжи (EuropeanHerniaTrialistsCollaboration), также оно сообщает о сокращении продолжительности боли по сравнению с пластикой местными тканями [7].

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами за счет совершенствования метода Лихтенштейна.

Материалы и методики обследования и лечения.

Начиная с 2014 года, в хирургическом отделении

ГКБ№1 было пролечено 48 больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Возраст колеблется от 16 до 78 лет. Большинство пациентов были мужчины – 45 больных, женщин было – 3, лиц трудоспособного возраста – 33. Грыжи с правосторонней локализацией встретились у 25 (52.1 %), левосторонней – у 21 (43.75 %). У 2 (4.16 %) пациентов была выявлена двусторонняя локализация паховых грыж, у 2 произведена аллопластика одновременно с двух сторон. При исследовании больных у 30 (62.5 %) выявлена косая и у 17 (35.4%) прямая паховые грыжи, у одного с двусторонней локализацией паховой грыжи имела комбинированная форма грыжи, т.е. определялись и прямая, и косая паховые грыжи, что составило 0.7 % от общего числа больных.

Необходимо отметить, что доля больных с большим сроком грыженосительства довольно высока. Давность заболевания колебалась от 2 месяцев до 11 лет.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ и флюорография грудной клетки), выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли размеры грыжевых ворот, характер содержимого грыжевого мешка и осуществляли осмотр органов брюшной полости для выявления сопутствующих заболеваний.

Все больные оперированы в плановом порядке, с целью профилактики гнойно- воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно, а больным с невосприимчивыми формами грыж к концу операции дополнительно вводили 1 грамм цефазолина.

У 12 больных произведена герниопластика по классическому методу Лихтенштейна с непрерывной фиксацией полипропиленовой сетки по всему периметру проленовой нитью. Непрерывный обвивной шов опасен тем, что при послаблении начального или конечного узла происходит и послабление швов по всему периметру, при этом сетчатый эндопротез скручивается и дислоцируется, что является основной причиной развития рецидива болезни. Также при этом расходует больше фиксирующего материала, который в большей степени травмирует и инфицирует ткани, что в свою очередь может послужить причиной развития ранних послеоперационных осложнений и приводит к длительному болевого синдрому.

В связи с этим нами разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза, который был использован при герниопластике у 118 больных. Он заключается в следующем: после всех этапов грыжесечения, после обработки грыжевого мешка переходим к фиксации полипропиленовой сетки. В сетчатом эндопротезе предварительно выкраивается отверстие для семенного канатика, учитывая его размеры. Сетка свободно укладывается на заднюю стенку пахового канала так, чтобы образовались волнообразные складки, так как в позднем послеоперационном периоде сетка уменьшается в размерах возникает натяжение, что, в свою очередь, приводит к появлению хронической боли на месте стояния эндопротеза. Далее фиксируем сетку медиально – 1 узловым швом к лонному бугру, вверх –

3 узловыми швами к внутренней косой мышце, вниз – к паховой связке непрерывным обвивным швом в 3 обвития, латерально – позади семенного канатика 2 узловыми швами. Операция заканчивается сшиванием апоневроза наружной косой мышцы без создания дубликатуры и наложением швов на подкожно жировую клетчатку, не дренируя ее, и кожу.

Грыженосителями в течение длительного времени являлись 11 больных, которые обратились уже при возникновении таких осложнений как невосприимчивость грыжевого мешка – 1 и ущемление – 10. С целью профилактики послеоперационных осложнений 9 больным с осложненными формами паховых грыж при оперативном вмешательстве дополнительно проводилась обработка раны озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, остальным – только лишь антибиотикопрофилактика до и к концу операции.

Результаты и их обсуждение.

Подавляющая часть больных оперированы под внутривенным наркозом – 41 (85.4 %) больных, 2 – под местной анестезией и 5 под эндотрахеальным наркозом. В период операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило гладко, без нарушения мочеиспускания и не возникали такие осложнения как орхит и орхоэпидидимит. Со стороны раны у 2 отмечен воспалительный инфильтрат, которых грыжесение производилось по поводу невосприимчивой грыжи. Необходимо отметить что, инфильтрат возник у больных с невосприимчивыми формами паховых грыж, которым не проводилась во время операции обработка раны озонированным физиологическим раствором хлорида натрия.

Что касается болевого синдрома в послеоперационном периоде, то лишь в первые сутки назначали кетонал 2.0 внутримышечно, а в следующие сроки больные в обезболивающих средствах не нуждались. Температура тела оставались в пределах нормы, повышение температуры тела до 37.5 С отмечено лишь у 3 больных с осложненными формами паховых грыж.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста: через 2-3 часа после выхода из наркоза рекомендовали дыхательную гимнастику, повороты туловища, через 6-8 часов разрешали ходьбу.

Пребывание больных в стационаре составило 3-4 койко-дней. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 7-20 дней жалоб больные не предъявляли, осложнений не выявлено.

На контрольное обследование явились 31 больной в сроки от 6 месяцев до 1 года. Из них у 6 было выполнено грыжесечение по классическому методу Лихтенштейна, а остальным по усовершенствованной нами методике. Из 7 больных у 1 отмечено периодическое появление болей в области послеоперационного рубца и дискомфорт при ходьбе, а остальные оперированные по нашей методике больные жалоб не предъявляли. При обследовании рецидива болезни не обнаружено. Больные в возрасте 65 лет и старше в послеоперационном периоде в посторонней помощи не нуждались, а пациенты до

65 летнего возраста выполняли прежнюю работу, т.е. трудоспособность больных возвращалась на раннем этапе послеоперационного периода.

Таким образом, наши наблюдения показали целесообразность применения метода пластики по Лихтенштейна, а усовершенствованная нами методика более эффективна. Обработка раны во время операции озонированным физиологическим раствором хлорида натрия является эффективной профилактикой послеоперационных раневых осложнений у больных с осложненными формами паховых грыж.

Литература:

1. Влияние паховой грыжи на морфофункциональное состояние яичка. [Текст] / [Ю.Б. Кириллов, В.Г. Аристархов, И.В. Зотов и др.]- Рязань: русское слово 2006- 102 с.
2. Гогия Б.Ш. Использование проленовой системы для пластики паховых грыж [Текст] / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян// хирургия 2002- №4 – с 65-68.
3. Протасов А.В. Влияние различных видов паховой герниопластики на репродуктивную функцию мужчины [Текст]/ А.В. Протасов, Г. М. Рутенбург // Эндоскопическая хирургия 1997. - №4.-С.124-126.
4. Сизякин Д.В. Состояние сперматогенеза у мужчин при паховых грыжах [Текст] / Д.В. Сизякин // Хирургия.-2007.- №8.-С.66-68.
5. Современная тактика хирургического лечения паховых грыж [Текст] / [А.В. Юрасов, Д.А. Федоров А.Л.] // Анналы хирургии -2002-№2-. С. 54-59.
6. Тоскин К.Д. Грыжи живота [Текст]/ К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский.-М: Медицина, 1993.-С.-77-172.
7. EU Hernia Trialists Collaboration. Repair of groin hernias with synthetic mesh: meta – analysis of randomized controlled trails [Text] // Ann.Surg.-2002.-#26.-P.1472-1480.
8. Gilberl A.L. Pitfalls and complicaitions of inguinal hernia repair [Text] / A.L. Gilberl; M.E. Arregui, R.F. Nagan, eds. // Inguinal Hernia : Advances or Controversies? – Oxford, England:Radcliffe Medical Press Ltd., 1994.
9. Hildebrandt J. Tension – free methods of surgery of primary inguinal hernias. Comparisons of endoscopic, total extraperitonealhernioplasty with the Lichtenstein operation [Text] /J. Hildebrandt, O. Levantin // Chirurg.-2003- Vol. 74,№10.-P.915-921.
10. Lichtenstein I.L. Herniorrhaphy. A personal experience with 6321 cases [Text] / I.L. Lichtenstein // Amer. J.Surg.-1987.-Vol.-153.-P.553-559.

ГНОЙНО - ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Омурбеков Т.О., Султаналиева А.С., Кадыркулов А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева

Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Под нашим наблюдением находились 579 новорожденных детей в течении 2013-2016 годы в клинике ГДКБСМП г. Бишкеке с гнойно- воспалительными заболеваниями: 21(8%) с сепсисом, 38(7%) эпифизарным остеомиелитом, 16(3%) - некротической флегмоной, 57(9%) псевдофурункулезом, 28(5%) - пиодермией, 26(8%) абсцессами, 137(24%) пузырчаткой, 46(8%) отитами, 111(19%) гнойными паропроктитам, 25(4%) – гнойными маститами, 74(13%) омфалитами.

Ключевые слова: дети, воспалительные заболевания, гной, инфекция

ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ИРИҢ ИЛДЕТ ХИРУРГИЯЛЫК ООРУЛАРЫ

Омурбеков Т.О., Султаналиева А.С., Кадыркулов А.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2013-2016ж. ШМТЖБКОнын ымыркайлар бөлүмүндө 579 ымыркайлар ар кандай ириң илдет менен дарыланган алардын ичинен 21(4%) – сепсис менен, 38(7%) сөөк күлгүнасынын эпифизардык түрү, 16(3%) - ымыркайлардагы чирүү чакырган флегмонасы, 57(9%) - сыздоок түрүндөгү оорусу, 28(5%) – тери катмарынын ириндеши, 26(4,4%) абсцестер, 137(24%) ымыркайлардын суу толмо тери оорусу, 46(8%) – кулак ириң оорусу, 111(19%) - балдардын ректал айланасындагы ириң оорусу. 25(4%) – эмчектин ириң түрүндө сезгениши, 74(13%) – ымыркайлардын киндигинин ириң оорусу.

Негизги сөздөр: балдар, ириң илдет оорулары, инфекция.

PUS-INFECTIONAL INFLAMMATORY DISEASES IN NEWBORNS

Omurdekov T.O., Sultanalieva A.S., Kadyrculov A.G.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

The Childrens Emergency Hospital of Bishkek

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. There were 579 newborns children during 2013-2016 years in the Children Emergency Hospital of Bishkek with Pus-inflammatory diseases, from them: 21(4%) -with sepsis, 38(7%) epiphiseal osteomyelitis, 16(3%) -necrotic flegmone, 57(9%) pseudophurinculexis, 28(5%) - pyodermitis, 26(8%) abscesses, 137(24%) -pus puppulae, 46(8%) otitis, 111(19%) -pus paraprocitis, 25(4%) -pus mastitis, 74(13%) ompholitis.

Key words: children, inflammatory diseases, pus, infection.

Актуальность.

В детской хирургии гнойно воспалительные заболевания у новорожденных представляют одну из важнейших проблем, составляет до 50% всей хирургической патологии новорожденных, а в 80% случаев летальный исход связан с гнойными осложнениями. Появились антибиотикорезистентные возбудители заболевания, возрасла роль внутри утробного инфицирования [1,2,3] гнойно воспалительные заболевания у новорожденных представляют серьезную медицинскую, экономическую и социальную проблему. Частота гнойно воспалительных заболеваний у новорожденных в течении последних десятилетий практически не имеет тенденции к снижению, не смотря на расширение спектра антибактериальных препаратов, улучшения методов выхаживания новорожденных [4,5,6].

Цель работы: выявление наиболее частых возбудителей гнойно воспалительных заболеваний у новорожденных особенности течения, и алгоритм выбора антибактериального препарата в зависимости от вида возбудителя.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением за период 2013 по 2016 год на базе ГДКБСМП г. Бишкек в отделении патологии новорожденных находилось 579 новорожденных с хирургическими гнойно воспалительными заболеваниями

из них 21(4%) – с сепсисом, 38(7%) – эпифизарным остеомиелитом, 16(3%) - некротической флегмоной, 57(9%) – псевдофурункулезом, 28(5%) – пиодермией, 26(4%) – абсцессами, 137(24%) – пузырчаткой, 46(8%) – отитами, 111(19%) – гнойными паропроктитам, 25(4%) – гнойными маститами, 74(13%) – омфалитами.

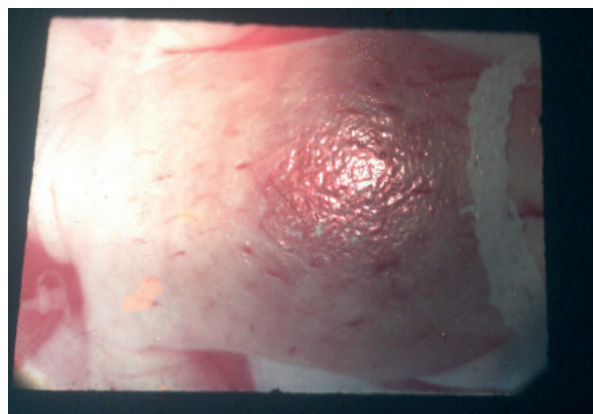
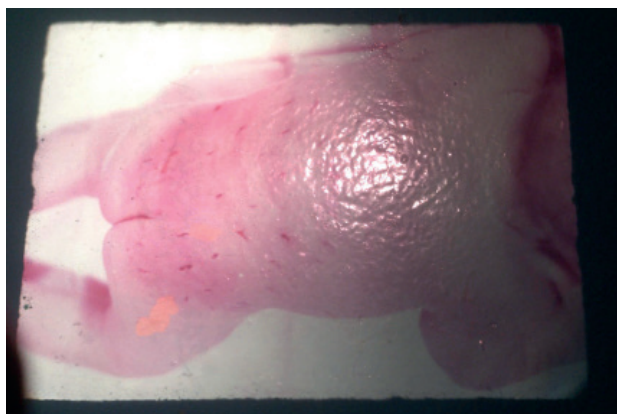
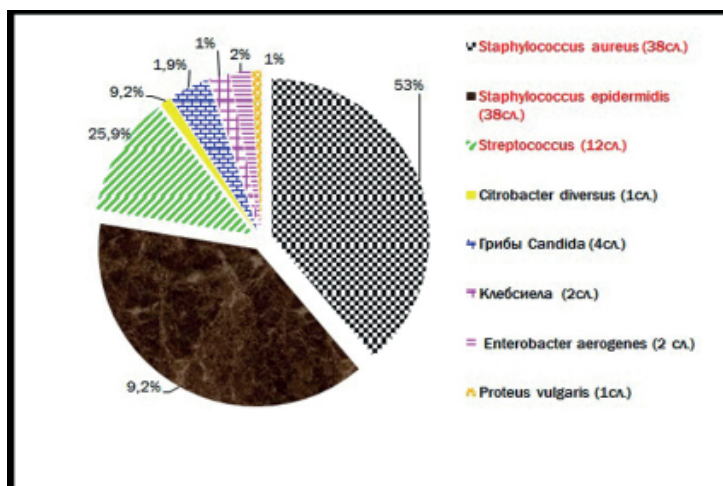
Результаты и их обсуждения.

Клиническая картина всех этих форм хирургических гнойно воспалительных заболеваний отмечалось тяжелой общей реакцией организма, быстрым прогрессированием воспалительного процесса, наличием множественных очагов поражения и преобладание септикопиемических форм над местными у 358 новорожденных, что составляет 62%.

У 148(26%) новорожденных имело место развития септической пневмонии при исследовании периферической крови выявляется лейкоцитоз у 388 новорожденных (67%) со сдвигом формулы крови влево, увеличением СОЭ, с развитием анемии.

Для определения этиологии гнойно воспалительных заболеваний у 97(17%) новорожденных проводилось бактериологический посев с различных мест.

При этом у 38 новорожденных выделен золотистый стафилококк, у 38 эпидермальный стафилококк, 12 стрептококк, 4 грибы Candida, 2 клебсиелла, 2 Enterobacter



aerogenosa, 1 *Proteus vulgaris*,

При определении чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность выявлена к аминацину, гентамицину, фторхинолонам и цефтриаксону.

В острой стадии заболевания нами своевременно производилось раннее вскрытие очага поражения рациональным назначением комплексной терапии что в последующем привело отсутствию летальности пролеченных нами больных.

Выводы:

1. Новорожденные с гнойно воспалительными заболеваниями нуждаются в экстренной помощи.

2. Хирургические гнойно воспалительные заболевания у новорожденных характеризуются особой тяжестью течения, преобладанием септико-пиемической формы над местным.

3. Наиболее распространенных гнойно воспалительных заболеваний у новорожденных госпитализированных в отделение патологии новорожденных были заболевания кожных покровов такие как гнойный омфалит, пузырчатка, гнойные парапроктиты. А основным этиологическими факторами

их возникновения были золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк, стрептококки.

4. При определении чувствительности к антибиотикам наибольшая чувствительность обнаружена к аминацину, гентамицину, фторхинолонам и цефтриаксону.

5. При ранней госпитализации своевременной оказании помощи прогноз благоприятный.

Литература:

1. Исаков Ф.Р. *Детская хирургия* 3-изд. 1983 с190-209.
2. Исаков Ф.Р. *Хирургические болезни детского возраста в 2-х томах* 2004г. с534-547.
3. Баиров Г.А. *Атлас операций у новорожденных текст/ Г.А.Баиров. Ю.Л.Дорошевский . Т.К. Немилова М. медицина* 1984, 256с
4. Роткина И.Е. *оценка риска гнойно-воспалительных заболеваний у новорожденных.* 1986 с 55-57
5. Шабалов Н.П. *детские болезни текст/ Н.П. Шабалов учебник в 2-х томах 5е изд. Питер 2003г. Т1-829, Т2-731*
6. Извекова В.Л. *липиды мембран и функции иммунокомпетентных клеток в норме и при патологии. Текст/ В.А. Извекова / успехи современной биологии 1991 Т-2 №4с577-590.*

**АНАЭРОБНАЯ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ
ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ
(КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Сыдыгалиев К.С., Мамбетов А.К., Шералиев Т.У., Бусурманкулов М.Б.

Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Национальный Хирургический Центр

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье представлено клиническое наблюдение и успешное лечение больных с анаэробной неклостридиальной инфекцией (молниеносная форма) мягких тканей верхней конечности с гнойно-некротическим поражением и быстро прогрессирующей обширной флегмоной с развитием сепсиса, септического (бактериального) шока, полиорганной недостаточности. Основным методом лечения является ранняя хирургическая обработка раны с полным удалением патологически измененных мягких тканей (подкожная клетчатка, мышцы, фасции). При определении бактериологического посева выявлен *Staphylococcus aureus* и определена чувствительность к антибиотикам.

Ключевые слова: анаэробная инфекция, флегмона, хирургическая обработка, комплексное лечение, неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит, гнойные раны, лечение гнойных ран.

**КОЛДУН ЖУМШАК ТКАНДАРЫНЫН АНАЭРОБДУК
НЕКЛОСТРИДИАЛДЫК ИНФЕКЦИЯСЫ
(КЛИНИКАЛЫК БАЙКОО ЖҮРГҮЗҮҮ)**

Сыдыгалиев К.С., Мамбетов А.К., Шералиев Т.У., Бусурманкулов М.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

М.М. Мамакеев атындагы госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы

Улуттук хирургия борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада колдун жумшак ткандарынын анаэробдук неклостридиалдык инфекциясы (өтө тез жүргөн форма), сепсис, септикалык (бактериялык) шок, бут органдардын жетишсиздиги менен түшкөн ооруларды ийгиликтүү дарылоо боюнча клиникалык байкоо жана дарылоо тажрыйбасы көрсөтүлгөн. Негизги дарылоо методу бул патологиялык сезгенген жумшак ткандарды эрте хирургиялык тазалоо. Бактериялык изилдөөдө *Staphylococcus aureus* микробу табылды жана антибиотиктерге сезгичтиги текшерилди.

Негизги сөздөр: анаэробдук инфекция, теринин асты ириндеп сезгенип кетиши, хирургиялык тазалоо, жалпы дарылоо, неклостридиалдык целлюлит, фасциит, миозит, ириндер, ириндерди дарылоо.

**ANAEROBIC NON-CLOSTRIDIAL INFECTION OF SOFT TISSUES OF UPPER LIMB
(CLINICAL OBSERVATION)**

Sydygaliev K. S., Mambetov A. K., Sheraliev T. U., Busurmankulov M. B.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of hospital surgery with a course of operative surgery named after M. M. Mamakeev

National Surgical Centre

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article presents clinical observation and treatment of patients with anaerobic non-clostridial infection (fulminant form) soft tissue upper limb with rapid progression purulent-necrotic lesion and extensive cellulitis. Sepsis. Septical (bacterial) shock. Multi-organ failure. The main treatment is early surgical treatment with complete removal of pathologically changed soft tissue (subcutaneous tissue, muscle, fascia). In determining bacteriological sowing it is revealed *Staphylococcus aureus* and sensitivity to antibiotics.

Key words: anaerobic infection, cellulitis, surgical treatment, comprehensive treatment, non-clostridial cellulitis, fasciitis, myositis, purulent wounds, treatment of purulent wounds.

Актуальность работы.

Анаэробная неклостридиальная инфекция является тяжелой патологией в практике неотложной гнойной хирургии. Летальность при развитии раневой анаэробной инфекции остается на предельно высоком уровне и составляет 14 – 80 % [1, 3, 6]. В настоящее время большое значение придается неклостридиальным формам анаэробных микроорганизмов, которые в 88—95% наблюдений участвуют в развитии острого инфекционного процесса. Чаще анаэробную неклостридиальную инфекцию вызывают облигатные анаэробы, развивающиеся и оказывающие свое патогенное действие в условиях аноксии или при низких концентрациях кислорода. Однако следует помнить о существовании

большой группы факультативных анаэробов, в том числе бактерий семейства Enterobacteriaceae (*Klebsiella*, *Escherichia*, *Proteus* и др.), которые в условиях внутритканевой гипоксии переключаются с аэробного на анаэробный путь метаболизма и способны вызвать развитие гнойно-воспалительного процесса, клинически и патоморфологически идентичного развивающемуся при наличии типичных анаэробов [1, 3, 4].

Цель исследования: изучить результаты лечения больных с анаэробной неклостридиальной инфекцией мягких тканей верхней конечности экстренной хирургии.

Принципы лечения неклостридиальной анаэробной инфекции

Лечение неклостридиальной анаэробной

инфекции включает хирургическое вмешательство и интенсивную терапию с использованием антибактериальных препаратов [5]. Хирургическое вмешательство необходимо выполнять как можно раньше, при первом подозрении на неклостридиальную инфекцию. Оперативное пособие заключается в хирургической обработке раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей. Во время оперативного вмешательства необходимо произвести широкое рассечение кожи с полным удалением патологически измененных подкожной клетчатки, фасций и мышц, не опасаясь возникновения обширной раневой поверхности. В первой фазе раневого процесса, как правило, используют осмотически активные мази на водорастворимой основе («Левосин», «Левомеколь», 5 % диоксидиновая мазь), в дальнейшем при положительной динамике раневого процесса – наложение вторичных швов, проведение аутодермопластики свободным сетчатым лоскутом. Основными ошибками в лечении больных с неклостридиальной инфекцией являются: несвоевременное, неполноценное оперативное пособие, неадекватная антибактериальная, инфузионная терапия [2].

Материал и методы.

За 2015-й год в гнойном отделении НХЦ МЗ КР находились на лечении 8 больных с анаэробной неклостридиальной инфекцией. Средний возраст больных составил $39 \pm 2,3$ года (от 22 до 65 года). Мужчин было 6, женщин — 2. Больные поступали или были переведены в отделение в среднем на 3 сутки от начала заболевания (от 1 до 7 суток).

Как видно из таблицы № 1 большинство случаев анаэробной неклостридиальной инфекции встречается на верхних конечностях, а в двух случаях с переходом на грудную клетку с распространением инфекции по анатомическим футлярам.

По нашим наблюдениям, в последнее время, возросла частота встречаемости анаэробной неклостридиальной инфекции, и характерные высокой скоростью прогрессирования гнойно-некротического процесса, распространяющегося на обширные площади мягких тканей.

Лабораторные данные проводились по общей методике в клинике (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), кровь на стерильность и бактериальный посев проводились в БНИЦТиО.

Результаты и обсуждение.

Большинство больных поступали с жалобами на наличие болезненного уплотнения в области поражения, повышение температуры тела до $38,2\text{—}38,6^\circ\text{C}$. При поступлении состояние 4 больных оценивали как тяжелое, 2 — средней тяжести. Тяжесть состояния была обусловлена длительностью заболевания до поступления в стационар

и синдромом интоксикации. В общем анализе крови абсолютное число лейкоцитов находилось в среднем $20,6 \times 10^9/\text{л}$. У всех пациентов наблюдался палочкоядерный сдвиг — в среднем 60 %.

Вследствие тяжелого состояния и выраженной интоксикации у половины больных возникла необходимость в предоперационной подготовке, которая заключалась в инфузии кристаллоидов, стимуляции диуреза при олигурии, болюсном введении антибиотиков широкого спектра действия. Средний объем инфузии составил 2 – 2,5 л.

После установки диагноза анаэробной инфекции все больные оперированы в срочном порядке. Выполняли иссечение всех некротизированных тканей и тканей с сомнительной жизнеспособностью до глубокой фасции.

Каждому больному вводили антибиотики широкого спектра действия, средняя длительность лечения составила 19 дней (от 7 до 41 дней). У половины больных возникла необходимость в смене антибиотика. Антибиотики вводили парентерально по следующим схемам: Цефтриаксон + Метронидазол; Цефим; Ципрофлоксацин.

Местное лечение всех пациентов включало перевязки с растворами перекиси водорода и фурациллина, перманганата калия, мазь «Левомеколь». Необходимость повторных некрэктомий возникла у 50 % больных, причем у 2 из них повторные некрэктомии выполняли трижды: на 3-е, 5-е и 9-е сутки после операции. После стабилизации состояния и наступления фазы грануляции одному больному на 21-е сутки после операции на края раны наложены вторичные швы.

При посеве отделяемого из ран рост микрофлоры получен у 4 больных выявлен *Staphylococcus aureus*.

Приводим клиническое наблюдение:

Больной Л., 22 лет, поступил в приемное отделение НХЦ МЗ КР 16.07.2015 в 10:55 (История болезни №4627) с жалобами на боли, отечность, наличие воспалительного инфильтрата на наружной поверхности левого плеча и предплечья, общую слабость, сонливость и сухость во рту. В день поступления оперирован в срочном порядке.

Из анамнеза: Со слов сопровождающих (мамы), у больного появился воспалительный инфильтрат на передней поверхности предплечья, по поводу которого самостоятельно пытались лечить народными средствами. В динамике состояние больного не улучшилось, воспалительный процесс увеличился в связи с чем обратился в городскую поликлинику по месту жительства, где 15.07.2015 хирургом вскрыт инфильтрат, после которого отечность и боли усилились и больной обратился в НХЦ МЗ КР на следующий день.

Общее состояние больного крайне тяжелое. Вес

Таблица 1.
Неклостридиальная анаэробная флегмона верхней конечности.

Локализация	Количество
Левая верхняя конечность	2
Правая верхняя конечность	2
Верхняя конечность с переходом на грудную клетку	2

65 кг. Рост 172 см. Кожные покровы бледной окраски, сознание заторможенное, положение вынужденное. ЧД 22 в мин. ЧСС 100 уд в мин, ритм правильный, АД 60/40.

Локально: левая верхняя конечность отечна, увеличена, напряженная. На наружной поверхности левого плеча и предплечья имеются воспалительные инфильтраты 10,0 x 10,0 см, 18,0 x 8,0 см, резко болезненные, гиперемированы, симптом флюктуации положительный. В области нижней трети левого плеча рана 1,0 x 1,0 см. с серозным отделяемым.

Диагноз: Инфицированная рана нижней трети левого плеча. Быстро прогрессирующая обширная флегмона верхней конечности слева. Анаэробная неклостридиальная инфекция (молниеносная форма) с гнойно-некротическим поражением левой верхней конечности. Сепсис. Септицемия, тяжелая форма. Септический (бактериальный) шок. Полиорганная недостаточность.

Лабораторные данные: Общий анализ крови: от 16.07.2015: Эр - 3,3; Нб - 99.2 г/л; Цп - 0.90; Нт - 29.7%; Лейкоциты - 27.5; п/я - 40; с/я - 52; Лимфоциты - 5; Моноциты - 3; СОЭ - 30 мм/ч. Биохимический анализ крови: от 16.07.2015: Общий белок - 58.6 г/л; Сахар - 4.3; амилаза - 62.1; ПТИ - 88; Креатинин - 163.1; Общий билирубин - 18.4; Прямой билирубин - 7.2; Тимоловая проба - 3.3. Общий анализ мочи от 16.07.2015: Цвет - с/ж; прозрачность - мутная; относительная плотность - 1010; белок - 0.110; плоские эпителии - 0-1; лейкоциты - 15-20; эритроциты неизмененные - 1-2; гиалиновые цилиндры - ед; зернистые цилиндры - 0-1.

По данным общего анализа крови и биохимических показателей имеется снижение эритроцитов и гемоглобина, резкое снижение общего белка, характерно к клинике анаэробной неклостридиальной инфекции.

В приемном отделении больной осмотрен хирургом, анестезиологом-реаниматологом, и проводилась противошоковая терапия с предоперационной подготовкой.

Назначено: Преднизолон 170.0 в/в; Цефепим 1.0 1-2 р/д в/в; Метрид 100 в/в 2 р; Ципрофлоксацин 100,0 в/в 2р; Цитофлавин 10,0 + NaCl 0.9% 100.0 в/в; Рибоксин 10.0 в/в; Картан 10.0 + NaCl 0.9% 200.0 в/в; ГОМК 20.0 + NaCl 0.9% 200.0 в/в.

После предоперационной предварительной подготовки больной взят на экстренную операцию.

16.07.2015 произведено оперативное вмешательство – Хирургическая обработка анаэробной неклостридиальной флегмоны левой верхней конечности. После обработки операционного поля под общим наркозом, учитывая воспалительный процесс, который охватывает левую верхнюю конечность до локтевого сустава с инфильтрацией тканей, переходящий на область плеча произведен лампасный разрез от верхней трети плеча до нижней трети предплечья. Учитывая отек кисти, дополнительно произведен разрез по тыльной поверхности кисти, при этом получена жидкость серозно-мутного, серозно-геморрагического характера в большом количестве. Далее обнаружено, что ткани на большом протяжении отекают, картина выраженного целлюлита с отеком, инфильтрацией подкожно-жировой клетчатки, где в большом количестве серозная жидкость. В области

нижней трети плеча, где произведено вскрытие первой операции мышцы некротизированы, отечны и рыхлые. С целью декомпрессии и ревизии, поскольку отек охватывает область плеча и предплечья, дополнительно произведен разрез на внутренней поверхности плеча размером 13 см и предплечья 7 – 8 см, произведено иссечение некротических мягких тканей верхней конечности. Далее создан туннель между нижним контрапертурным разрезом средней трети плеча размером до 10 см. При этом мышцы на всем протяжении отекают. Произведена ревизия мышц нижней трети плеча и создана декомпрессия. Рана на всем протяжении промыта раствором перекиси водорода и фурациллином. Оставлены резиновые выпускники и наложена повязка с гипертоническим раствором. Асептическая повязка. (Рис. 1).

Послеоперационный диагноз: Инфицированная рана левого плеча и предплечья. Быстро прогрессирующая обширная флегмона верхней конечности слева. Анаэробная неклостридиальная инфекция (молниеносная форма) с гнойно-некротическим поражением левой верхней конечности. Сепсис. Септицемия, тяжелая форма. Септический (бактериальный) шок. Полиорганная недостаточность.

После операции переведен в отделение реанимации. Общее состояние крайне-тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледно розовой окраски. Сердечные тоны приглушены. АД 90/50 мм.рт.ст. ЧСС – 100. Повязка над раной пропитана серозно-геморрагическим отделяемым. В реанимации получал: Цепим 1.0 + NaCl 0.9% 200.0 в/в стр. (АБ терапии); нирмет 100.0 x 2 р в/в (АБ терапии); альбумин 20% 100.0 в/в с целью коррекции белкового обмена; переливание эритроцитарной массы 2 дозы с целью коррекции кислород транспортной функции крови под контролем диуреза; Гемосол 500.0 в/в; Нирмин 500.0 в/в с целью парентерального питания; NaCl 0.9% 400.0 + витамин «С» 5% 10.0 в/в с целью укрепления стенки сосудов; Цитофлавин 10,0 + NaCl 0.9% 100.0 в/в с целью улучшение мозгового кровообращения; Морфин 1% - 1.0 в/м; Ципрофлоксацин 100.0 в/в капельно 2 раза в день.

Лабораторные данные: Общий анализ крови от 18.07.2015: Эр - 3.01; Нб - 80 г/л; Цп - 0.80; Нт - 24%; Лейкоциты - 17.6; п/я - 10; с/я - 68; Лимфоциты - 17; Моноциты - 3; СОЭ - 15 мм/ч. Биохимический анализ крови от 18.07.2015: Общий белок - 50 г/л; Сахар - 8.6; Амилаза - 62.1; Креатинин - 177. При посеве отделяемого из раны получен обильный рост *Staphylococcus aureus*.

На фоне проводимой комплексной терапии, парентерального введения антибиотиков (цефзол + метронидазол в течение 10 дней, с последующей сменой на ципрофлоксацин) состояние больной стабилизировалось, симптомы интоксикации регрессировали. Рану ежедневно промывали растворами антисептиков и накладывали повязки с мазью «Левомеколь».

Дальнейшее течение послеоперационного периода без осложнений. В течение 14 суток находился на стационарном лечении и получал комплекс корригирующих лечебных мероприятий, в результате состояние больного улучшилось, стабилизировались гемодинамические, биохимические показатели. Рана постепенно очищалась,

зажило вторичным натяжением (рис. 2). Больной выписан под наблюдение хирурга по месту жительства.

Приводим еще одно клиническое наблюдение.

Больная А. 48 № 3271. Поступила 13.05.15г 23:00 с жалобами на боли в области нижней трети плеча, сухость во рту, общая слабость, ограничение двигательной активности.

Из анамнеза: Болеет в течение 4-х суток. Самостоятельно не лечилась и за медицинской помощью не обращалась. Из-за усиление болей обратилась в НХЦ МЗ КР. Состояние средне тяжелое, температура тела 38.5 С, пульс 90 уд. мин, АД 130/70 мм.рт.ст.

Локально: При осмотре в области нижней трети левого плеча имеется инфильтрат размером 6 x 5 см. Местная гипертермия. При пальпации резко болезнен. Симптом флюктуации положительный. Движение верхней конечности ограничено из-за боли.

Диагноз: флегмона нижней трети левого плеча.

ОАК (13.05.15): Эритроциты - 3.1; Hb - 93; Ht - 27.9%; Лейкоциты - 10.3 ⁹п/я - 21; с/я - 67; Лимфоциты - 8; СОЭ - 50 мм/ч. ОАМ (13.05.15): Цвет - с/ж; прозрачность - мутная; белок - 0.550 г/л; эпителий - 10 - 15; лейкоциты - 6 - 8; эритроциты не изм. - 1 - 2 - 3 - 4; цилиндры - зернистые в большом количестве; бактерии +++++.

13.05.15г 23.15. Операция - вскрытие флегмоны. Под местной анестезией Sol. Novocaini 0.25% - 60 мл., после обработки операционного поля, произведен кожный разрез над инфильтратом и получен жидкий гной - 30 мл. Рана промыта раствором перекиси водорода и фурацилином. Тампонировано марлевой салфеткой пропитанной гипертоническим раствором и наложена асептическая повязка. Диагноз: Флегмона нижней трети левого плеча.

Назначено: цефтриаксон 1.0 x 2 раза и метронидазол 100 x 2 р в/в кап., и обезболивающие препараты.

Общий белок (14.05.15): 74.4 г/л.

15.05.15 Состояние тяжелое. В динамике отмечается ухудшение состояния. Ночь провела беспокойно. Жалобы на боли в левой верхней конечности, слабость, повышение температуры тела, пульс 100 уд/мин.

Локально: вокруг послеоперационной раны левого плеча отмечалось нарастание инфильтрации тканей, переходящий в передне-боковую поверхность левой груди размером 6 x 5 см, болезненна, с ограничением подвижности левой верхней конечности. Из раны размером 3 x 2 см жидкое, гнойное отделяемое.

Диагноз: Неклостридиальная анаэробная инфекция. Ползучая флегмона плеча, предплечья и левой половины грудной клетки. Сепсис.

15.05.15 13:00 Произведена операция. Вскрытие ползучей флегмоны предплечья и плеча слева передней боковой поверхности, и передней боковой поверхности левой половины грудной клетки.

После обработки операционного поля под общим наркозом рана в области плеча расширена вверх и вниз. При этом обнаружено, что мышечная ткань в виде вареного мяса, отечна, картина целлюлита, фасциита и миозита. При расширении последней получено жидкое

гнойное содержимое. Установлено, что гнойные затеки распространяются вверх и вниз по подкожной клетчатке и фасции. Поэтому произведены множественные контрапертурные лампасные разрезы плеча и предплечья. Далее при ревизии установлено, что гнойный процесс распространяется в левой половине грудной клетке и в молочной железе, в связи с чем произведены лампасные разрезы в грудной клетке и молочной железе. При этом обнаружено, что ткань отечная, картина целлюлита. Выделяется гной в подкожной и жировой клетчатке. В общей сложности получено около 200 мл гноя. Рана промыта раствором перекиси водорода, фурацилином и марганцовкой.

Диагноз: Анаэробная неклостридиальная инфекция (молниеносная форма). Быстро прогрессирующая обширная флегмона верхней конечности слева с гнойно-некротическим поражением левой половины грудной клетки. Сепсис. Септицемия. Полиорганная недостаточность.

Назначены антибиотики из группы цефалоспоринов III поколения, фторхинолонов, препараты гемодинамического действия, парентерального питания, нормализующие электролитный состав и кислотно-щелочное равновесие, комплексного действия, и дезинтоксикационные кровезамещающие растворы.

ОАК (16.05.15): Эритроциты - 2.9; Hb - 88.3; Ht - 26.5; цветной показатель - 0.92; лейкоциты - 12.3; п/я - 8; с/я - 12; лимфоциты - 12; СОЭ - 60 мм/ч. ОАМ (16.05.15): цвет - с/ж; прозрачность - мутная; белок - 0.088 г/л; эпителий - 10 - 15; лейкоциты - 10 - 11 - 15; Эритроциты не изм. - 3 - 4 - 5. Биохимический анализ крови: Калий - 2.1 ммоль/л, Креатинин - 191.7; Креатинин (17.05.15): 218.9 мкмоль/л; Калий (18.05.15) - 2.8 ммоль/л Чувствительность к антибиотикам (26.05.15): Полифицин, Цефотаксим, Цефиксим, Линкамицин.

18.05.15 После стабилизации состояния, больная переводится в гнойное отделение хирургии и проводится корригирующая терапия.

Характер лампасного разреза: в области плеча и предплечья размером 5 x 3 см до 11 ран, рана в левой половине грудной клетке 10 x 3 см до 8 ран (рис. 3). В течение 10 дней проведено перевязки 2 раза в сутки, после стабилизации состояния больной 1 раз в сутки. Рана постепенно очищалась, зажила вторичным натяжением (рис. 4). В результате комплекса корригирующих лечебных мероприятий, состояние больной постепенно улучшалось, и выписана на 41-е сутки.

Флегмоны с участием неклостридиальных анаэробов, в отличие от банальной микрофлоры, характеризуются большей склонностью к распространению по анатомическим футлярам. Также они отличаются большей скоростью распространения в связи с поражением преимущественно фасций, создающих анатомические футляры, в которых при сокращении мышц создается повышенное давление, и гнойный экссудат проникает в сообщающиеся с ним полости, тем более что вязкость гноя при анаэробных флегмонах всегда значительно меньше, чем при банальном воспалении [5].

Таким образом, анаэробная неклостридиальная инфекция является тяжелой патологией в практике



Рис. 1. Больной Л., Анаэробный неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит левого плеча и предплечья. Этап радикальной хирургической обработки ран. Ткани широко рассечены.



Рис. 2. 10-е сутки после операции. Рана в фазе регенерации.



Рис. 3. Больная А., Анаэробный неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит левого плеча, предплечья и левой грудной клетки. Этап радикальной хирургической обработки ран. Ткани широко рассечены.



Рис. 4. Больная А., фаза грануляции.

неотложной хирургии, приводящей к молниеносным поражениям мягких тканей с некрозом и полиорганной недостаточностью.

Выводы:

1. Анаэробная неклостридиальная инфекция остается серьезным гнойным заболеванием. Основным методом лечения анаэробной неклостридиальной инфекции является хирургический, поэтому чем раньше выполнена операция, тем больше шансов спасти больного.

2. При выявлении анаэробной неклостридиальной раневой инфекции необходимо экстренные радикальные хирургические вмешательства.

3. С первых же суток назначать антибиотики широкого спектра действия.

4. Обязательно исследовать бактериальный посев и чувствительность к антибиотикам.

5. Учитывая тяжесть течения заболевания необходимо лечение более квалифицированными специалистами.

Литература:

1. Брехов Е. И., Светухин А.М., Багинская И.С. и др. Анаэробная неклостридиальная флегмона. Клиническое наблюдение // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. - № 12. – С. 49 – 52.
2. Володченко Н.П., Шукан С.А. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей. / Здоровоохранение Дальнего Востока // № 4 (42) 2009. – С. 69 – 70.
3. Горюнов С. В., Ромашов Д. В ., Бутивщенко И. А. Гнойная хирургия. Атлас. М.: Бином 2004; 133.
4. Колесов А. П., Столбовой А. В., Кочеровец В. И. Анаэробные инфекции в хирургии. Л.: Медицина 1989.
5. Кузин, М.И. Раны и раневая инфекция / М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. – М., 1990. – 397 с.
6. Прохоренко Г.А., Хорошун Э.Н., Семенюк В.А. Клинический опыт лечения анаэробной раневой инфекции / Таврический Медико-Биологический Вестник / том 14 ч. 1. (56) 2011. С. 154 – 157.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ЛАПАРОТОМНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С., Закирова Г.Ш., Набиев А.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им.М.М.Мамакеева

Национальный хирургический центр МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Сравнительно изучено влияние на качество жизни больных после лапаротомной и лапароскопической холецистэктомии. Было исследовано 50 больных, находившихся на стационарном лечении в Национальном хирургическом Центре за период с 1 января до 1 марта 2016г. Больные были распределены на сопоставимые по полу, возрасту, тяжести заболевания группы, схожему распределению патологии. Материалом для исследования стал специальный опросник для ранних послеоперационных хирургических больных. Доказано, что после лапароскопической холецистэктомии происходит более быстрое улучшение физических, эмоциональных и психических составляющих качества жизни пациентов, чем после лапаротомной холецистэктомии.

Ключевые слова: хирургия, ранний восстановительный период, реабилитация больных, качество жизни.

БЕЙТАПТАРДЫН ЛАПАРОТОМДУК ЖАНА ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КИЙИН ЭРТЕ КАЙРА КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ УБАГЫНДА ЖАШОО САПАТЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С., Закирова Г.Ш., Набиев А.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
М.М. Мамакеев атындагы госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы
Улуттук хирургия борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бейтаптардын лапаротомдук жана лапароскопиялык холецистэктомияны салыштырганда, жашоо сапатына тийгизген таасири изилденди. 50 оорулуу изилденди, стационардык дарылоодо калган, Улуттук Хирургия Борборунда 2016-ж 1 январдан 1 мартка чейин изилденди. Оорулуулар жашы, жынысы, курагы, оорусунун оордугу боюнча бөлүштүрүлдү. Материалдык изилдөөдө өзгөчө сурамжылоо болду, эрте хирургиялык операциядан кийинки оорулууларга ылайыкташтырылган.

Иштелип чыккан лапаротомдук холецистэктомияга караганда лапароскопиялык холецистэктомия, оорулуулардын физикалык, эмоционалдык жана психикалык жашоо сапатын жакшыртууга алып келиниши көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: хирургия, эрте кайра калыбына келтирүү убагы, бейтаптардын реабилитациясы, жашоо сапаты.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC AND OPEN CHOLECYSTECTOMY

Umetaliev Y.K., Sydygaliev K.S., Zakirova G.Sh., Nabiev A.N.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of hospital surgery with a course of operative surgery named after M. M. Mamakeev
National Surgical Centre
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The influence of laparoscopic and open cholecystectomy on the quality of life in patients is studied comparing their post-operative states. More than 50 patients, getting hospital treatment in the National Surgery Center between the 1st of January and the 1st of March 2016, were involved in the study. The patients were grouped according to gender, age and the disease severity, similar to distribution of pathology. The material used in the study was the questionnaire for early post-operative surgery patients. It is proved that physical, emotional and mental states of laparoscopic cholecystectomy patients are better than the open cholecystectomy method group.

Key words: surgery, early recovery period, patients' rehabilitation, quality of life.

Актуальность.

Качество жизни (КЖ) — это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [3]. В современной зарубежной медицине широкое распространение получил термин «качество жизни, связанное со здоровьем».[2]

Исследование КЖ — универсальный высокоинформативный инструмент, определяющий эффективность системы оказания медицинской помощи и позволяющий дать объективную оценку качества медицинской помощи на уровне главного ее потребителя — больного [1].

К такому понятию, как качество жизни, показывающему какие изменения происходят в организме

пациента в зависимости от выбранного метода лечения и на протяжении проведения лечения, в настоящее время не уделяется должного внимания. Прежде всего, это относится к хирургическим методам лечения. При этом к качеству жизни пациента в раннем послеоперационном периоде внимание практически не уделяется. Тем не менее, основное количество осложнений, в том числе и приводящих к смерти больного, происходит именно в этот промежуток времени. Кроме того, очевидно, что срок восстановления двигательной и социальной активности пациента неизбежно влияет на его удовлетворённость процессом лечения. [2,4,3]

Цель исследования: оценить и сравнить показатели качества жизни больных после лапароскопической и лапаротомной холецистэктомии.

Материалы и методы исследования.

Был проведён сравнительный анализ качества жизни 50 больных после оперативных вмешательств, предпринятых по поводу холецистита. Из них 25 больных через лапаротомный разрез и 25 больным произведена лапароскопическая холецистэктомия (табл.1). Оценку влияния на качество жизни проводили на основе соответствующей анкеты. Анкетирование проводилось по 4-м категориям, в которые входили следующие критерии: оценка физического состояния, социальный статус, эмоциональный фон и общая оценка здоровья и благополучия.

Результаты и их обсуждение.

При анализе оценки физического состояния больных после лапаротомной холецистэктомии 80% могли проходить до 10 метров через двое суток после операции, тогда как после лапароскопической холецистэктомии все больные могли обслуживать сами себя (сидеть в кровати, вставать с кровати и самостоятельно ходить до 50 метров) через сутки после операции. В то же время 90% больных после лапаротомной холецистэктомии отмечали физическую боль сильную или очень сильную в течение первых 3-х суток. В сравнении с лапаротомной холецистэктомией, больные с лапароскопической холецистэктомией отмечали слабую физическую боль- 80 %, а 20 % физическую боль не ощущали вообще. У больных с лапароскопической холецистэктомией тошнота, головокружение, общая слабость практически не встречались, в то время как, после лапаротомной холецистэктомии у 30% больных в первые 3-ое суток отмечалось головокружение, у 45% больных общая слабость сопровождала в течение 5-ти дней.

При анализе социального статуса, больные с лапароскопической операцией общались с соседями по палате большую часть времени, а больные с лапаротомной операцией мало общались - 90%, совсем не общались -10%.

90% больных с лапароскопической холецистэктомией общались с родственниками и знакомыми, приходящими их проводить всё время, 10%- большую часть времени, в то время как больные после лапаротомной холецистэктомии мало общались-80%, совсем не общались-20%. И лапароскопические и лапаротомные больные не конфликтуют с медицинским персоналом, соседями по палате, родственниками.

При оценке эмоционального фона больных выяснилось, что после лапароскопической холецистэктомии у 75% больных ни разу не обнаружили нарушения сна, нарушения концентрации внимания, повышенное потоотделение, головная боль, а у 25% они редко появлялись. В то время, как после лапаротомной холецистэктомии эти признаки часто присутствовали у 60%, иногда - у 40%. Больные после лапароскопической холецистэктомии ни разу не ощущали себя беспомощным, малозначимым, раздражительным, а больные после лапаротомной холецистэктомии иногда ощущали такие чувства-40 %, редко-50%, ни разу -10%.

При анализе общей оценки здоровья и благополучия выяснилось, что 90% больных после лапароскопической холецистэктомии оценили состояние их здоровья и качество их жизни на Очень хорошее, а 10% даже на отлично, в то время, как больные после лапаротомной холецистэктомии оценили 80% -на удовлетворительное, а 20% на плохое. 85% больных после лапароскопической холецистэктомии отмечают значительное улучшение своего самочувствия, 15% - умеренное улучшение, а больные после лапаротомной холецистэктомии отметили слабое улучшение -78%, улучшения нет-22%.

Вывод:

На основании исследования и после проведения анкетирования и вычисления их баллов, выяснили:

1) Восстановительный период у 80% больных проходил короче, чем у больных после лапаротомной

Таблица 1.
Количество осложнённых и хронических больных.

Лапаротомная холецистэктомия 25	Лапароскопическая холецистэктомия 25
Осложнённых 9 больных	Осложнённых 10 больных
Хронических 16 больных	Хронических 15 больных

Таблица 2.
Возраст и пол больных

возраст	Лапаротомная холецистэктомия	Лапароскопическая холецистэктомия	Женский пол	Мужской пол
20-39 лет	5	7	7	5
40-49 лет	8	10	9	9
50-59 лет	4	3	5	2
60-80 лет	8	5	7	6
количество	25	25	28	22

холецистэктомии.

2) Качество их жизни намного выше (86%), чем у больных после лапаротомной холецистэктомии.

Литература:

1. Кунпан И.А. (RU) и соавторы <http://www.findpatent.ru/patent/226/2261047.html> © FindPatent.ru - патентный поиск, 2012-2015. Способ определения качества жизни пациента в раннем послеоперационном периоде (RU 2261047)

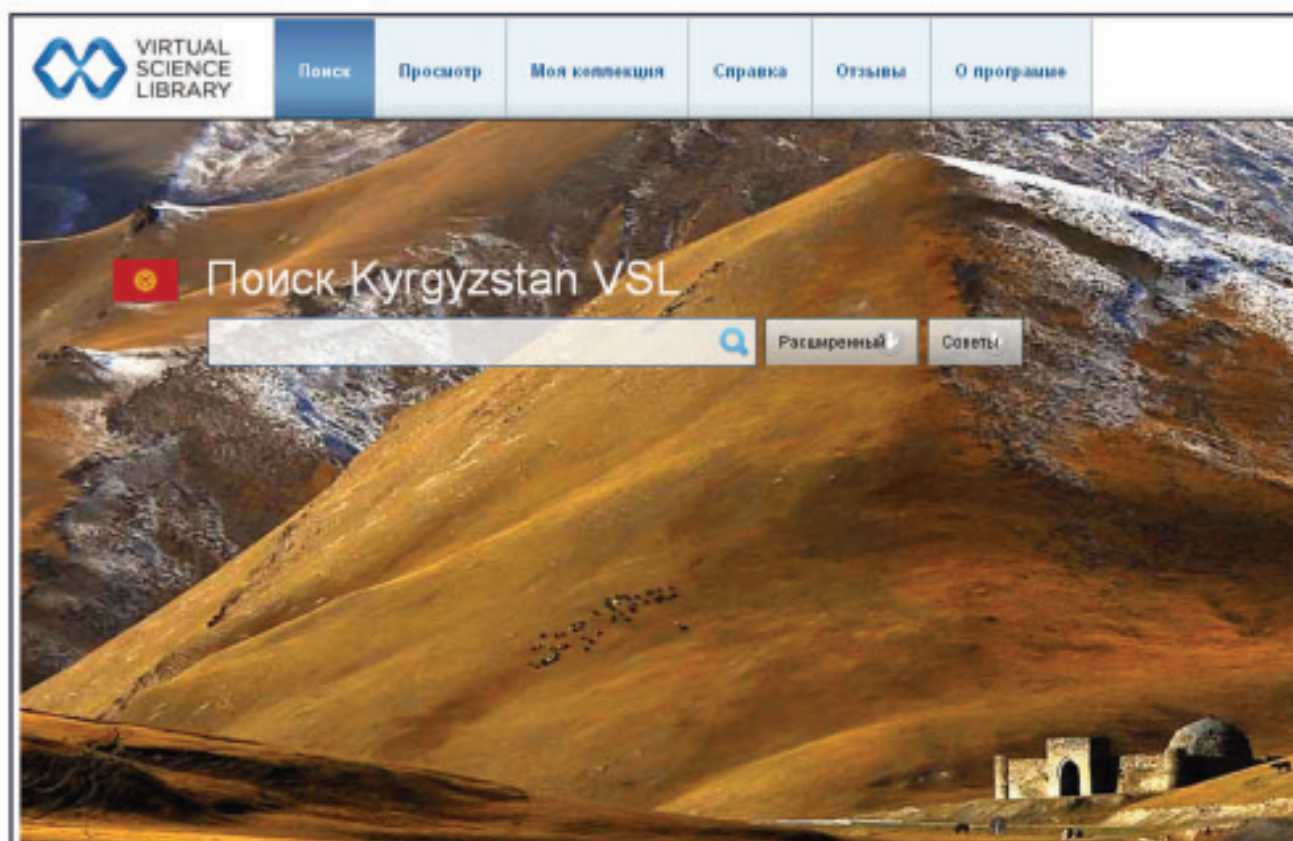
2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине - СПб.: «Элби», 1999. – 140 с..

3. А.А.Новик, Т.И.Ионова, Руководство по исследованию качества жизни в медицине – СПб.: «Элби».- 2007. – 120 с.

4. Шевченко Ю. // Мед. газета. — 2000. - № 53. - С. 6-7; № 54. - С. 6.

5. D.F.Cella., D.Fairclough, P. Bonomi et al. Quality of life in advance non-small cell lung cancer: results from Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592 ///Proc. ASCO. – 1997. – P. 100 – 110 с.

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.

**ЖАЛАЛ-АБАД АЙМАГЫНДАГЫ ЖАРАКАТТУУЛУК ЖАНА АКЫРЕК
СЫНЫКТАРЫНЫН АНАЛИЗИ**

Джумабеков С.А., Тайланов А.Ж., Жунусов Б.Ж.

Жалал-Абад облустук клиникалык ооруканасы
Бишкек травматология жана ортопедия илим-изилдөө борбору
Жалал-Абад, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул статьяда Жалал-Абад аймагындагы калктын жаракаттуулугу жана ошонун ичинде акырек сыныктарынын акыркы беш жыл ичиндеги анализи камтылган. Акырек сыныктары менен жабыркаган ооруулардын операция жолу менен даарыланган изилдөөлөрдүн жыйынтыктары берилген.

Негизги сөздөр: жаракаттуулук, акырек сыныктары, остеосинтез, остеосинтез жыйынтыктары.

АНАЛИЗ ТРАВМ И ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ В ЖАЛАЛ-АБАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Джумабеков С.А., Тайланов А.Ж., Жунусов Б.Ж.

Жалал-Абадская областная больница
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
Жалал-Абад, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье отображаются анализ травм и среди них переломы ключицы за последние 5 лет по Джалал-Абадской области. Результаты исследований послеоперационных больных с переломом ключицы.

Ключевые слова: травмы, переломы ключицы, остеосинтез, результаты остеосинтеза.

**ANALYSIS OF POPULATION TRAUMATISM AND FRACTURES OF THE CLAVICLE
IN JALAL-ABAD REGION**

Djumabekov S.A., Tailanov A.J., Zhunusov B.J.

Regional hospital of Jalal-Abad
Department of traumatology and orthopedics of Bishkek
Jalal-Abad, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article presented analysis of population injuries Jalal-Abad region, including patients with fractures of the clavicle in the last five years (2010-2014 yy.). And results of the study of patients with fractures of the clavicle with the proposed method of osteosynthesis.

Key words: traumatism, fractures of clavicle, osteosynthesis, result of osteosynthesis.

Актуалдуулугу.

Республикалык медициналык-маалымат борборунун билдирүүлөрү боюнча республикада жылына акыректин ар түрдүү сыныктарынан жабыркагандардын миңден ашыгы катталат [РММБ, 2014].

Кыргызстанда жыл сайын жаракаттын айынан 60 миңден көбүрөөк адамдар бейтапканаларга жаткырылат, ал калктын жалпы санынын 1%, же 100 000 калкка 876ны түзөт. Ошону менен бирге оорулардан жана сырткы себептерден (жаракаттардан) жыл сайын 36 000 адам каза болот, анын ичине күтүлбөгөн кырсыктардан, уулануудан жана жаракаттардан 4 000 адам.

Андан да, бейтапканаларда жыл сайын 300 бейтаптын каза болгону бушаймандык туудурат. Жабыркагандардын дээрлик көпчүлүгү скелеттин узун сөөктөрүнүн айкалышкан, көптөгөн жаракаттарынан жабыркалагандар [Джумабеков С.А., 2012; РММБ, 2012].

Травматологдун клиникалык практикасында акырек сыныктары көп кездешет, ата мекендик жана чет элдик авторлордун маалыматтары боюнча акырек сыныктары сөөктөрдүн скелетинин бардык сыныктарынын 12,5–19,1% түзөт. Сыныктын 70%дан жогору учурларында акырек диафизинин айланасында, ал эми 8-10% сыныктар акромиалдык учу тарабында топтолушу катталат жана башка учурларда акыректин стерналдык учу жабыркайт [Chen C.H., 2002].

Акыректин сыныктарын оперативдик дарылоо кеңири талкууга алынган маселе, акыректин остеосинтездөөнүн сунуштары жүздөн ашат. Соңку мезгилдик травматологияда акыректин сыныктарын

дарылоого бир катар алдыңкы технологиялар жана остеосинтездөө ыкмалары иштелип чыккан, антсе да, бүгүнкү күндө кабылдоолордун саны жогору бойдон 12,5-30,5%да кала берүүдө [Тонких С.А. и др., 2004].

Кыргыз Республикасында биздин өлкө көз карандысыздыкты алган күндөн бери, түрдүү авторлордун жергиликтүү билдирүүлөрү болгону менен [Кожакматова Г.С., 1995; Джумабеков С.А., 2014; Жунусов Б. авт. менен, 2014] акыректин остеосинтездөө маселесин кеңири диапазондо эч ким талдап карай элек.

Изилдөө максаты.

Жалал-Абад аймагы боюнча жаракаттуулуктан жабыркаган акыреги сынган бейтаптарды остеосинтездөө натыйжаларын жакшыртуу.

Материалдар жана изилдөө ыкмалары.

Илимий иш Жалал-Абад облустук клиникалык ооруканада (ЖАОКО) аткарылган. Жалал – Абад облусунун травматологиялык кызматы төмөнкү аймактык 172 керебеттик, алардын ичинде - 7 ортопедиялык, 8 – күйүктүк койкалары бар бейтапканаларда көрсөтүлөт.

Жалал - Абад облусу боюнча травматолог дарыгерлердин кадрдык курамы толук куралган (жалпысынан травматолог – ортопеддер коюму - 39), бирок айрым райондордо травматолог кызматында хирургдар иштешет, алар өз кезегинде адистик ишкердиктерин аткарууда (жаракаттануу боюнча операциялар) издерин калтырышат.

Сиздер байкагандай, облустун калкы бир миллиондон жогору болсо да, бардыгы болуп 39 дарыгер травматолог-ортопеддер тейлешет, андан да бир

травматологго 2600 адам туура келет.

Облустук медициналык-маалыматтык борбордун (ОММБ) маалымдоолору боюнча жылына Жалал-Абад облусунун дарылоо уюмдарына түрдүү жаракаттары менен 6500 жогору бейтап кайрылат (1-табл.). Биз Ооруулардын Эл Аралык классификациясынын (ОЭАК) S 00-99 “жаракаттар жана уулануулар” классы боюнча өзүнчө топко бөлүк, анткени биз изилдөөчү илимий иштин темасы акырек жабыркоолоруна арналган, анын ичинен акыркы беш жылдагы катталган акырек сыныктарын S 42 00 бөлүп чыгардык (анын ичинде амбулатордук бейтаптарды дагы).

1-таблица көрсөткөндөй, 2010-жылы облуста жаракаттандардын саны 6580 адамды түзгөн, бирок 2014-жылы бейтаптардын саны 6465 адамды түзүп, болжолу менен мурунку деңгээлде калганы менен, ошол эле аралыкта акырек сыныктарынан жабыркагандардын саны (анын ичинде балдар да) S 42 00 158ден 214 адамга жогорулаган, ошондо өсүшү 35,4%ды түзгөн.

Биз Республикалык медико-информациялык борбордон (РМИБ) алынган жаракаттары белгилүү сегменттерге жана чектерге ачык бөлүнбөгөн, анын ичинде коштолгон жана аттандашкан оорулар, бирок колдор, буттар боюнча отчеттуулуктун №14 формасы боюнча маалыматтарын талдап чыктык (2-табл.).

Жалал-Абаддык облустук клиникалык оорукана аймактагы кыймылдоо-таяныч аппаратынын, анын ичинде акыректин жаракаттары менен кайрылган жабыркоочуларга практикалык, кеңеш берүү- усулдук (методикалык) жана дасыккан-адистештирилген жардам көрсөтүүчү негизги уюм болуп саналат.

Оорулардын эл аралык классификациясы (ОЭАК) боюнча “жаракат жана уулануу” классынын шифрин - S 00 99 деп белгиленген. ЖАОКОНун статистикалык бөлүмү жылында таяныч-кыймылдооч аппаратынын 6500

жабыркоочуларын каттайт (2-табл.).

Жаракат” классы боюнча беш жылдын (2010-2014 ж.) ичинде жабыркоочулардын саны 6580ден 6465 адамга өзгөрүлгөн. Динамикасында мурунку жылга салыштырмалуу анча мынча, кичине (115 бейтап) төмөндөгөнү байкалган. Таблицаны талдап караганда, акыркы беш ичинде (S 00-20) классы боюнча төмөндөөсү, (S 70-99) классы боюнча бир калыпта калуусу, ал эми (S 42-00) классы боюнча 238 бейтапка жогорулоосу байкалган.

“ОЭАКтин X кайра каралышы боюнча акырек сыныктарынын коду - S 42-00, ЖАОКОНун жаракат бөлүмүнө 2-таблица көрсөткөндөй жылына 158ден (2010-ж.) 214кө (2014-ж.) чейин бейтаптар келип түшөт, беш жыл аралыгында оорунун өсүүсү 35,5%га жеткен.

Жыйынтыктар жана аларды талкуулоо. Биздин изилдөө ыкмабыз ЖАОКОНун жаракат жана хирургия бөлүмдөрүндө 2010-жылдан азыркы учурга чейин дарыланган, минден жогору жабыркагандардын бейтап баянын анализдөөдөн келип чыккан. Рендомизирленген (кокустан) тандоо жолу менен акыректин диафизардык сыныктары (S 42-00) менен 118 жабыркоочунун бейтап баянын изилдеп чыктык. Изилдөө процесси учурунда биринчи жолу биз АО/ASIF боюнча акырек сыныктарынын классификациясы боюнча [Tomas P. Ruedi et al. 2007] талдоо жүргүздүк. Илимий изилдөөлөрдү аткаруу процессинде 2010-2014-жылдарда ЖАОКОНун жаракат бөлүмдөрүндө акырек сыныгы менен катталган 118 бейтапты дарылоону изилеп, талдап чыктык.

ЖАОКОдо акырек сыныктары менен дарыланган бейтаптарды биз операциялоонун методдоруна карата негизги жана контролдук топторго бөлүштүрүп, ар бир топто талдоону өзүнчө бөлүп изилдедик. Негизги топтогу бейтаптар (n=60) биз иштеп чыгарылган компрессиондук остеосинтездөөнүн оригиналдуу ыкмасы менен операцияланган [Анаркулов Б.С., 2013], ал эми

1-таблица.

Жалал-Абад облусу боюнча (2010-2014-ж.) жаракаттардын саны

Жылдар	S 42 00 акырек сыныктары	S 00-99 “жаракаттар” классы
2010-ж.	(131) 158	6580
2011-ж.	(164) 190	6158
2012-ж.	(173) 192	6225
2013-ж.	(205) 204	6340
2014-ж.	(190) 214	6465

2-таблица .

“Жаракат” классы боюнча беш жылдын ичиндеги бейтаптардын саны

ОЭАК X кайра каралышы б-ча шифри	2010-ж.	2011-ж.	2012-ж.	2013-ж.	2014-ж.
S 0099	6580	6158	6225	6340	6465
S 00-20	3468	3340	3133	3275	3190
S 42-70	1173	1122	1183	1263	1411
S 70-99	1251	1079	1079	1209	1256
S 42-00	158	190	192	204	214

контролдук топтор (n=58) - жалпы кабыл алынган салттуу ыкма (шиштер менен интрамедуллярдык остеосинтездөө) операцияланган. Жынысы, жаш курагы, сынык мүнөзү боюнча эки топ бирдей болгон.

Жаш курагы боюнча бейтаптарды бөлүштүрүүдө, статистикалык талдоодо бизге ыңгайлуулукту жараткан, Бүткүл дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун (БДССУ) жаш курактык классификациясын колдондук: 15тен 44кө чейин - жаш курак, 44төн - 60ка чейин - орто курак, 60тан - 75ке чейин улгайган курак, 75тен 90го чейин - карылык курак, жана 90дон ары - узак жашагандар (3-табл.) [БДССУ, 2008].

Бейтаптардын жаш курагы 16дан 64 жашына чейин. Негизги топто орто жаш курагы $31,2 \pm 11,2$ де, ал эми контролдук топто - $32,1 \pm 10,8$ жашта болгон.

Байкоодогу 118 бейтаптын 96сы (81,3%) - эркектер, ал эми аялдар 22ни (18,6%) түзгөн. Сан жагынан эркектердин аялдарга караганда акырек жабыркоосунан көп болуусу, жалпы топто (миңден ашуун жабыркоочулар) да байкалган.

Негизги жана контролдук топтордун бейтаптары тиричилик жашоодогу ар түрдүү шарттарда жаракаттанган: 82 (69,5%) - тиричиликте, 15 (12,7%) - спорт машыгууларында, 3 (2,5%) - өндүрүштө, жана 18 (15,3%) - жол жүрүү кырсыгынан.

Акыректин эң татаал жабыркоолору автоунаа кырсыктарынан, көчөдөн жана спорт жаракаттарынан болгон.

Бир учурунда акыректин сол диафизин менен оң акыректин сынык - чыгып кетүүсү катталган. Медицина-санитардык биринчи звеносуна 20%дан жогору кайрылуулары медициналык тез жардам кызматы аркылуу, ал эми 94 (80%) өзү жеке кайрылуусу боюнча жүргүзүлгөн.

Мурда айтып кеткендей, изилдөө процессинде биз акырек сыныктарын АО/ASIF боюнча классификациялоону колдонгонбуз. Негизги жана контролдук топтордо акырек сыныктарынын түрлөрү жана чектелиштери 4 - таблицада берилген.

Изилденген топтогу пациенттерде негизинен акыректин диафиздик сыныктары (А түрү) - 112 учурда (94,9%) катталган. Негизги топто 65 (92,3%), ал эми контролдук топто 47 (81,3%) катталган. Сегиз учурда (6,8%) пациенттерде сыныктар көкүрөк тарапта (С-түрү) жана акромиалдык (А-түрү) тарапта чектелген.

Контролдук топтун төрт жабыркаган бейтабында (6,9%), ошондой эле акромиалдык сыныктар жана жети адамда (1,2%) акыректин көкүрөктүк учу, бир учурда эки акыреги сынганы байкалган, бирок бул учурду бир сынык катары эсептедик (5 - табл.).

Эсептөөлөр ыңгайлуу болуусу үчүн биз

3- таблица.

Бейтаптарды жаш курагы боюнча негизги жана контролдук топторго бөлүштүрүү

Жаш курагы	Негизги топ		Контролдук топ		Бардыгы	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
15-44	37	61,6	39	67,2	76	64,4
45-59	13	21,7	10	17,2	23	19,5
60-74	10	16,7	9	15,6	19	16,1
Жалпы	60	100,0	58	100,0	118	100,0

4 - таблица.

Акырек сыныктарынын түрлөрү жана чектелиштери (n - 118)

Сыныктардын чектелиши (15-сегмент)	Туурасынан кеткен сыныктар		Урчуктуу сыныктар		Көп урчуктуу сыныктар		Бардыгы -118	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Акромиалдык - А	4	3,4	3	2,5	1	0,85	8	6,8
Диафиздик - В	48	40,7	40	33,9	14	11,9	112	94,9
Көкүрөктүк - С	5	4,2	2	1,7	1	0,85	8	6,8
Жалпы	57	48,3	45	38,1	16	13,6	118	100

5 - таблица.

Контролдук топто акырек сыныктарынын түрлөрү жана чектелиши

Сыныктардын чектелиши, (15 -сегмент)	Туурасынан-кыйшайган сыныктар		Урчуктуу сыныктар		Көп урчуктуу сыныктар		Бардыгы - 58	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Акромиалдык-А	1	1,7	3	5,1	-	-	4	6,9
Диафиздик-В	23	39,8	22	38,1	2	3,4	47	81,3
Көкүрөктүк-С	3	5,1	2	3,4	2	3,4	7	11,2
Жалпы	27	46,6	27	46,6	4	6,8	58	100

М.Мюллердин (АО/ASIF) классификациясын колдондук, изилденүүчү 57 (48,3%) пациентте туурасынан кеткен – кыйшык сыныктар аныкталган, алардын арасынан 27син (46,6%), акыректин акромиалдык жана көкүрөк учу 4 (6,8%) түзгөн контролдук топко коштук.

Морфологиясы боюнча экинчи орунда урчуктуу сыныктар – 45 (38,15%) бейтапта, алардын 27син (46,6%) биз контролдук топто, бейтаптардын 5 (7,5%) акыректин акромиалдык жана көкүрөктүк учу түзгөн.

Дарылоо процессинде көп урчуктуу сыныктардын алыскы жыйынтыктары өтө кызыктыруу жаратат, бизде мындай сыныктар 16 (13,6%) аныкталган.

Кечиктирилгис операциялар 14 (11,9%) учурда абсолюттук көрсөткүчтөрү боюнча, бейтап стационарга келип түшкөндөн бир нече сааттан кийин өткөрүлгөн.

Акырек сыныктары үчүн узатасынан, туурасынан бурчтук жылышуусу жана айлануусу менен сыныктардын дисталдык фрагменти ылдыйга, проксималдык тарабы үстү жагына демейде жылышып кетүүсү мүнөздүү. Бир гана учурда пациенттин кыйшык - туурасынан кеткен диафиздик сыныктарынын жылышуусу атипичтүү болгон. Бул бейтаптардын анамнезинде акыректин диафизардык сыныктары, бурчтук ийилүүсү жана айлануусу абалында бүткөн.

Бардык жабыркануучуларга операциялоо учурунда ички веналык анестезия колдонулган, анестезиялоо жана операциялоодон кийин кабылдоолор байкалган эмес.

Дарылоодо колдонулган ыкманын эффективдүүлүгүнүн негизги көрсөткүчтөрүнүн бири (операциялоо жана консервативдик) болуп, стационарда болуусу жана дарылоонун аяктоосу (жакынкы жана алыскы жыйынтыктары) болуп эсептелет.

Бейтаптардын стационарда болуу орточо убакыты изилденген топто - $7,1 \pm 0,2$ күн, контролдук топто $7,3 \pm 1,8$ күн, негизги топто $6,89 \pm 0,7$ күн түзгөн, шексиздиги жок айырмачылыктары $p \leq 0,05$ көрсөткөн.

Резюме. Ошентип, биз Кыргыз Республикасынын Жалал-Абад облусунун (кадрлар потенциалын, травматологиялык керебеттер ж.б.) травматология ортопедия кызматына биринчи жолу талдоо жүргүздүк. Облустун калкынын акыркы беш жыл аралыгында (2010-2014-жылдар) жаракаттуулугун изилдедик жана талдоо жүргүзүп, жаракаттуулук бир деңгээлде калганы (жылына болжолу 6500 жабыркоочу) менен, акырек

сыныктары менен пациенттердин саны - 35,5%га жогорулаганы аныктадык.

Акырек сыныктары менен 500дөн жогору жабыркоочулардын бейтап баянына талдоо жүргүздүк, рандомизирленген тандоо жолу менен 118 бейтапка байкоо, алардын ичинде 16дан 64 жаш курагындагы 96 – эркек, 22 – аял изилденген. Негизги топто орточо жашы $31,2 \pm 11,19$ ду, контролдук топто - $32,1 \pm 10,8$ ди түзгөн. Байкоочу топ: негизги (n=60) жана контролдук (n=58) болуп бөлүнгөн, изилдөө стандарттык түрдө жүрүп, материалдарды статистикалык иштетүү Statistica программасынын жардамы менен жана статистикалык көрсөткүчтөрдүн стандарттык пакетинин (SPSS 11.0) жардамында өткөрүлгөн. Биринчи жолу КР бейтаптарга АО/ ASIF боюнча сыныктардын жаңы классификациясы сунушталып, акырек сыныктарына колдонулду.

Колдонулган адабияттар:

1. Chen, C.H. Surgical treatment for distal clavicle fracture with coracoclavicular ligament disruption. [Текст] / Chen C.H., Chen W.J., Shih C.H. // J. Trauma. - 2002. - № 52. - P. 72-78.
2. Анаркулов, Б.С. Акыректин сыныгында интрамедуллярдык кысуучу остеосинтез ыкмасы [Текст] / С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов, А.Ж. Тайланов - Патент №1583 МКИ А61В 17/56 – 31.10.2013-ж. – Кыргызпатенттен берилген.
3. Анаркулов, Б.С. К вопросу о классификации переломов длинных костей скелета [Текст] / С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов // Травматология және Ортопедия – Астана, 2012 – том 2 – С.93-97.
4. Джумабеков, С.А. Малоинвазивный комбинированный напряженный остеосинтез переломов ключицы мягким и интрамедуллярным фиксатором [Текст] / С.А. Джумабеков, Б.Ж. Жунусов, Ч.Н. Изабеков // Центральнo-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии – Бишкек, 2014. - №12. – С.154-156.
5. Джумабеков С.А. Скелеттин узун сөөк сыныктарын заманбап дарылоо [Текст] / С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов – Бишкек, 2014. – 225 б.
6. Кожокматова, Г.С. Лечение оскольчатых переломов ключицы [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.22. / Г.С. Кожокматова – Москва, 1987. – 21 с.
7. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Текст]: интернет ресурсы (<http://www.stat.kg/>)
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Текст]: Всемирная Организация здравоохранения. – Женева, 2010. – 129 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНИХ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК

Раззоков А.А., Хисомов Х.К.

Ташкентский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме. Проведен сравнительный анализ различных методов диагностики застарелых повреждений передних крестообразных связок у 46 больных. Установлено, что застарелые повреждения передней крестообразной связки коленного сустава в 35 (76,1%) случаев сочетаются с повреждениями менисков. Повреждение последних клиническими данными правильно были установлены только в 32,6% наблюдений, а с помощью МРТ – в 82,1%. Эффективность диагностики ЗППКС клиническими тестами составила 71,7%, с помощью функциональной рентгенограммы – 76,5%, с применением МРТ – 88,6%. Применение диагностической артроскопии в сочетании с вышеописанными методами исследования способствовало повысить эффективность диагностики до 100,0%.

Ключевые слова: передние крестообразные связки, повреждение, диагностика.

COMPARATIVE ANALYSIS OF DIAGNOSTIC RESULTS OF OLD DAMAGES OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT

Razzokov A.A., Khisomov Kh.K.

Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino
Dushanbe city, Tajikistan

Resume. There was done comparative analysis of different methods of diagnostics of old damages of anterior cruciate ligament at 46 patients. It is established that the old damages of anterior cruciate ligament of the knee joint in 35 (76, 1%) cases are combined with damaged meniscuses. The damage of the last were established by clinical data correctly only in 32, 6% observation; and with the help of MRI – in 82, 1%. The efficiency of the diagnostics of old damages of anterior cruciate ligament by clinical tests was 71, 7%; with the help of functional roentgenogram were 76, 5%; using MRI were 88, 6%. The use of diagnostic arthroscopy in combination with above mentioned methods of research assisted to increase the efficiency of diagnostic up to 100, 0%.

Keywords: anterior cruciate ligament, damage, diagnostic.

Актуальность.

По данным литературы частота повреждений коленного сустава по обращаемости составляет 129,6 на 100 тыс. взрослого населения [1,2 3]. Среди комплекса проблем, связанных с травмами элементов данного образования, особое место занимают вопросы диагностики и лечения застарелых повреждений передней крестообразной связки [ЗППКС], удельный вес которых в структуре травм коленного сустава составляет от 43% до 80% [4]. Эти повреждения нередко сочетаются с травмами внутренней боковой связки и медиального мениска, что дало основание многими авторами рассматривать их в литературе как «проклятая триада» [5].

Материал и методы исследования.

Работа основана на анализе данных о 46 больных с застарелыми повреждениями передней крестообразной связки коленного сустава (ЗППКС) в возрасте от 18 до 53 года, пролеченных с применением лавсанопластики на кафедре травматологии и ортопедии ТГМУ им. Абуали ибни Сино на базе травматологов-ортопедических отделений Национального медицинского центра Республики Таджикистан за период 2001-2012 годы. Мужчин было 46 (93,5%), а женщин – 3 (6,5%). Возраст больных: от 15 до 20 лет – 7 (15,2%); от 21 до 30 лет – 24 (52,2%); от 31 до 40 лет – 9 (19,6%); от 41 до 50 – 3 (6,5%); свыше 50 лет – 3 (6,5%). Виды травматизма: спортивный – 50,0%, кататравма – 19,6%, бытовой – 13,0%, дорожно-транспортный – 10,9%, уличный – 6,5%. В 22 (47,8%) случаях больные обратились за медицинской помощью спустя 6 месяцев от начала травмы, в том числе 7 (15,2%) – спустя года после травмы. Сопутствующие повреждения элементов коленного сустава в различных комбинациях выявлялись у 35 (76,1%) больных. В частности, 27 случаях установлено повреждение внутреннего и в 6 наблюдениях наружного мениска. Повреждение боковых связок

установлены у 4 больных. У 15 больных установлено болезнь Гоффа, у 11 – деформирующий гонартроз. В комплексной диагностике ЗППКС использовали данные клинического осмотра, стандартной и функциональной рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, диагностической артроскопии, а также результаты интраоперационной диагностики.

При клиническом исследовании, помимо оценки общего статуса, обращали внимание на наличие нестабильности, выраженности болевого синдрома, контуры сустава, наличие или отсутствие синовита, степени выраженности симптома «переднего выдвижного ящика», объеме движений в суставе, а также на другие проявления обсуждаемых повреждений.

Рентгенологическое исследование проведено у всех больных. Использовали стандартные и функциональные методы рентгенологического исследования. Функциональная рентгенография выполнена у 21 (46,7%) больных в традиционном исполнении с целью установления повреждения передней крестообразной связки по критерию смещения суставной поверхности большеберцовой кости по отношению к эпифизу бедренной кости при максимальном сгибании коленного сустава и наличие валика в подколенной области. Показания к использованию данного метода, в отличие от стандартной рентгенографии, были относительными, т.к. в большинстве случаев удавалось по клиническим признакам установить точный диагноз. При застарелых разрывах связок симптом «выдвижного ящика» может стать нечетким вследствие развития вокруг места разрыва жировой клетчатки, которая отчасти стабилизирует коленный сустав. Функциональная рентгенография проводилась у больных с сомнительным диагнозом, которая в большинстве случаев объяснялась наличием генерализированной дисплазии соединительной ткани.

Магнитно-резонансная томография проводилась 35 (76,1%) больным. Помимо объективной диагностики повреждения ПКС данное исследование позволяло определить наличие синовита, повреждения.

Диагностическая артроскопия проводилась у 27 больных (58,7%). Исследование у 22 (47,8%) больных имело чисто диагностический характер, а у 11 (23,9%) больных превратилось в составную часть предстоящей операции. В последнем случае артроскопия выполнялась с целью навигации для контроля места выхода света при формировании каналов в мышелках большеберцовой и бедренной кости.

Результаты исследования и их обсуждение.

Результаты проведенной работы свидетельствует о чрезмерном клиническом полиморфизме рассматриваемых повреждений. В связи с этим однозначных патогномичных симптомов ЗППКС установить не представляется возможным. По этой причине в большинстве случаев диагноз выставлялся по совокупности клинических признаков и результатов вспомогательных методов исследования.

В 42 (91,3%) наблюдений определяли клинику нестабильности коленного сустава. Боли беспокоили 32 (69,7%) больных. В 20 (43,5%) они локализовались в проекции внутреннего мениска, в 1 (2,2%) – наружного мениска, а у остальных 11 (23,9%) больных они носили неопределенных характер. Блокады выявлялись в 22 (47,8%) наблюдений, в том числе в 17 (37,0%) случаях они носили регулярный характер. Гипотрофия мышц голени и бедра выявлялась в 16 (34,8%) случаях. Данный признак в основном был характерен при обращении больных спустя 6 и более месяцев. Контрактура коленного сустава определялась у 9 (19,6%) больных. Она в 6 случаях имела сгибательный и в 3 наблюдений – разгибательный характер. В связи с выявлением симптома «баллотирования надколенника» у 5 (10,7%) пациентов им выполнялась пункция коленного сустава, по результатам которой в 4 случаях установлен гемартроз и в одном наблюдении синовит коленного сустава.

По результатам рентгенологического исследования различные изменения установлены у 15 (32,6%) больных. В частности, в 3 (6,5%) случаях выявлен отрыв передней крестообразной связки вместе с костным фрагментом, в 3 (6,5%) – компрессионный перелом мышелка большеберцовой кости. В 9 (19,6%) наблюдениях у больных выявлялись признаки деформирующего артроза коленного сустава. Среди них в 3 (6,5%) случаях причиной развития дегенеративно-дистрофического процесса являлись возрастные изменения, в остальных 6 (13,0%) наблюдений – нестабильность коленного сустава в результате ЗППКС. Дооперационная диагностика деформирующего артроза коленного сустава имеет несколько целей:

- проведение целенаправленной патогенетической комплексной терапии;
- выбор тактики лечения разрыва менисков с учетом характера повреждения мениска и возраста пациента (см. ниже).

Как было отмечено выше, показания для применения других методов исследования были относительными, т.к. в большинстве случаев удавалось по

клиническим признакам установить точный диагноз. Но, с позиции доказательной медицины в основной группе у большинства больных по показаниям прибегали к данным методам исследования.

При застарелых разрывах связок симптом «выдвижного ящика» может стать нечетким вследствие развития вокруг места разрыва жировой клетчатки, которая отчасти стабилизирует коленный сустав. Кроме того, при ЗППКС нередко имеет место перекрывания симптомов с признаками застарелых повреждений боковых связок и задней крестообразной связки. Наконец, при наличии сопутствующей генерализованной дисплазии соединительной ткани на фоне предшествующей травмы коленного сустава трудно провести дифференциальную диагностику между этими патологическими состояниями. В таких ситуациях нами у 21 (33,9%) пациентов выполнялась функциональная рентгенография. Информативность данного метода составила 85,7%. У 3 больных на функциональных рентгенограммах смещение эпифиза голени по отношению к эпифизу бедра не установлено. Оказалось, что все они относились к лицам с хорошо развитой мускулатурой. Отрицательные результаты у них, по видимому, связаны с дефектом выполнения методики, тем более в литературе специальных приспособлений для выполнения данного метода и стандартной методики выполнения не описаны.

С целью диагностики магнитно-резонансная томография (МРТ) выполнена у 35 (76,1%) больных. Наш опыт свидетельствует о том, что, несмотря на очевидные признаки повреждения ПКС, результаты интраоперационной диагностики не всегда совпадают с данными клинического исследования. В большинстве случаев причиной этого феномена могут служить растяжение ПКС. Как было отмечено в обзоре литературы, в настоящее время прибегают к дифференцированному выбору тактики лечения нестабильности коленного сустава на почве растяжения ПКС. Учитывая эти обстоятельства, в последнее время выполнение МРТ при подозрении на ЗППКС считаем обязательным. Вместе с тем необходимо отметить, что информативность данного метода составила 88,6%. Кроме достоверной топической диагностики МРТ позволяет установить наличие разрывов менисков и других сопутствующих внутрисуставных патологий, что очень важно при планировании малоинвазивных методов ксенолавансопластики.

Диагностическая артроскопия выполнялась нами в 27 (58,7%) наблюдениях. Показанием для выполнения диагностической артроскопии являлись:

- наличие сомнительных признаков ЗППКС, которых невозможно установить другими методами,
- при планировании восстановительно-реконструктивной операции с применением артроскопической техники.

Как было отмечено выше, в 16 (34,8%) случаях эта операция на начальных этапах освоения методики носила диагностический характер. В частности, с ее помощью достоверно было установлено наличие ЗППКС и повреждения менисков. При хирургической коррекции последних прибегали к малоинвазивным методам лечения, на которых остановимся ниже. В 11 (23,9%)

наблюдений после достоверного установления диагноза артроскопическая техника использовалась для выполнения отдельных этапов реконструктивной операции, которые также будут изложены ниже.

На течение и результаты диагностики ЗППКС существенно влияли сопутствующие повреждения и заболевания в оперированном суставе. Как было отмечено выше, в большинстве случаев по результатам применения традиционных клинических тестов, из-за перекрывания симптомов и клинического полиморфизма, не удается достоверно установить истинную причину наблюдаемой симптоматики. Поэтому, основываясь на эти результаты, применение современных методов диагностики (МРТ, артроскопию), а также функциональных рентгенограмм в комплексной диагностике ЗППКС в дооперационном периоде и интраоперационно считаем оправданным, а порой обязательным компонентом современной реконструкции обсуждаемых повреждений. В связи с этим в этом разделе считаем уместным привести некоторые параллели между результатами дооперационной диагностики и интраоперационной находки ЗППКС (табл. 1).

По результатам клинических методов, преимущественно по положительному тесту «переднего выдвижного ящика» наличие ЗППКС установлено у 43 (93,5%) больных. Среди них в 33 случаях по клиническим данным диагноз ЗППКС не вызывал сомнения. По результатам интраоперационной находки полное повреждение ПКС установлено у 44 (95,7%) пациентов. У 2 (4,3%) пациентов выявлено растяжение ПКС, которая привела у передне-задней нестабильности коленного сустава. По совокупности клинических тестов повреждение менисков установлено у 15 (32,6%) больных, в то время как данное повреждение по результатам интраоперационной находки выявлено у 35 (76,1%) больных.

Результаты функциональной рентгенографии коленного сустава (n=21) на предмет повреждения ЗППКС были положительными у 17 (81,0%) обследованных. Полное повреждение ПКС интраоперационно выявлено у 13 случаев. Другими словами, удельный вес ложноположительных результатов составил 4 (23,5%).

Магнитно-резонансная томография выполнена у 25 (40,3%) больных. По ее результатам у 21 (84,0%) обследованных установлено повреждение ПКС, в то время как интраоперационно данное повреждение установлено

у 19 (90,5%) больных с дооперационно установленным диагнозом. Удельный вес ложноположительных результатов составил 2 (9,5%).

По данным МРТ повреждение ПКС установлено у 31 из 35 обследованных. По результатам интраоперационной находки повреждение ПКС констатированы у всех 35 пациентов с дооперационно установленным диагнозом с применением данной методики. Удельный вес ложноотрицательных результатов составил 4 (11,4%). Повреждение менисков по данным МРТ установлены у 23 из 35 обследованных. По результатам интраоперационной находки повреждение менисков констатированы у 28 пациентов с дооперационно установленным диагнозом с применением данной методики. Удельный вес ложноотрицательных результатов составил 5 (17,9%).

Выводы.

1. Застарелые повреждения передней крестообразной связки коленного сустава в 35 (76,1%) случаев сочетаются с повреждениями менисков. Повреждение последних клиническими данными правильно были установлены только в 32,6% наблюдений, а с помощью МРТ – в 82,1%.

2. Эффективность диагностики ЗППКС клиническими тестами составила 71,7%, с помощью функциональной рентгенограммы – 76,5%, с применением МРТ – 88,6%. Применение диагностической артроскопии в сочетании с вышеописанными методами исследования способствовало повысить эффективность диагностики до 100,0%.

Литература:

1. Абдуразаков А.У. Магнитно-резонансная томография в диагностике повреждений менисков и крестообразных связок коленного сустава / А.У. Абдуразаков // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 2007. - № 1. - С.34-36.
2. Еськин Н.А. Комплексная диагностика заболеваний и повреждений мягких тканей и суставов опорно-двигательного аппарата. - Дис. ... докт. мед. наук. / Н.А. Еськин - М. - 2001.
3. Зудеев С.В. Диагностика и оперативное лечение свежих повреждений медиального сумочно-связочного аппарата и передней крестообразной связки коленного сустава : дис. ... канд. мед. наук / С.В. Зудеев. – Иркутск. - 2005. - С.195.
4. Котельников Г.П. Хирургическое лечение застарелого повреждения передней крестообразной связки коленного сустава / Г.П. Котельников, И.И. Лосев, А.Ю. Терсков и др. // Лечение сочетанных травм и повреждений конечностей: тез. докладов. - М. - 2008. - С.44.

Таблица 1.

Сравнительный анализ результатов дооперационной и интраоперационной диагностики ЗППКС

Метод исследования	Положительные результаты диагностики				Эффективность диагностики в %	
	до операции		интраоперационно			
	ЗППКС	мениски	ЗППКС	мениски	ЗППКС	мениски
Клинические	33	15	46	35	71,7	42,9
ФРКС (n=21)	17	-	13	-	76,5	-
МРТ (n=35)	31	23	35	28	88,6	82,2
Диагностическая артроскопия (n=27)	-	-	27	25	100,0	100,0

Примечание: ФРКС – функциональная рентгенограмма коленного сустава

5. Тимченко Д.О. *Отдаленные результаты оперативного лечения передней нестабильности коленного сустава у спортсменов (ошибки, осложнения и их коррекция) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.О. Тимченко — М. - 2007. — С.23.*

6. Asano H.. *Arthroscopic evaluation of the articular cartilage after anterior cruciate ligament reconstruction: a short-term prospective study of 105 patients.* / H. Asano [et al] // *Arthroscopy* - 2004; 20: - P.474-481.

7. Bull A.M. *Intraoperative measurement of knee kinematics in reconstruction of the anterior cruciate ligament* / A.M.J. Bull, P.H. Earnshaw, A. Smith et al. // *J. bone joint surg.* - 2002. - № 84B. - P. 1075-1081.



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

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ КСЕНОЛАВСАНОПЛАСТИКИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНИХ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК**Хисомов Х.К. Раззоков А.А.**Ташкентский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме. Проанализированы данные о 46 больных с застарелыми повреждениями передних крестообразных связок, пролеченных с помощью разработанных авторами малоинвазивных ксенолаванопластики с и без применения видеоартроскопической техники. Применении предложенных подходов, ключевым звеном которой является применение малоинвазивной технологии лавсаноксенопластики и использование современной технологии приготовления ксенотрансплантатов на 0,05% растворе формальдегида с добавлением 0,01% флавоноидов и антибиотиков, позволило в ближайшем периоде снизить частоту послеоперационных гемартрозов до 19,6%, частоту синовитов 10,1%, а в отдаленном периоде снизить удельный вес неудовлетворительных результатов до 6,5%. Выполнение операции по малоинвазивной технологии позволяло сократить сроки реабилитации больных в послеоперационном периоде в среднем на два месяца.

Ключевые слова: передние крестообразные связки.

LOW INVASIVE METHODS OF XENOLAVSANPLASTIC OF OLD DAMAGES OF ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT**Khisomov Kh.K., Razzokov A.A.**Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino
Dushanbe city, Tajikistan

Resume. There were analyzed data of 46 patients with old damages of anterior cruciate ligament treated with developed by authors the low invasive xenolavsanplastic with and without use of videoarthroscopic technique. The use of offered approaches, the key section of which is the use of low invasive technology of lavsanplastic, and use of modern technology of preparation of xenolavsanplastic by 0, 05% solution of formaldehyde with addition of 0, 01% flavonoid and antibiotics allowed in nearest period to decrease the frequency of post operation hemarthrosis is up to 19, 6%; the frequency of synovitis by 10, 1%; and at distant period the specific weight of unacceptable results is up to 6, 5%. The performance of operation on low invasive technology allowed to reduce the term of rehabilitation of patients in post operation period on average by two months.

Keywords: anterior cruciate ligament.

Актуальность.

В литературе известны более 250 способов оперативного восстановления ПКС при ее повреждениях [1, 4, 7, 8, 10]. Современный этап развития хирургического лечения ЗППКС связана с внедрением малоинвазивных технологий с помощью видеоартроскопической методики [3, 5, 7, 8, 9]. Несмотря на очевидные их преимущества, ряд авторов [2] отмечают травматичность методики забора аутооттрансплантата и связанные с им осложнения в виде переломов надколенника и отрыва оставшейся части собственной связки надколенника. Не оспаривая преимущества и достоинства современных артроскопических оперативных вмешательств, отметим, что при правильно выбранной оперативной техники, результаты «открытых» операций могут быть сопоставимы с таковыми как при называемых «закрытых» операциях. Кроме вышеприведенных аргументов, ограничивающих широкое применение закрытых методов восстановления ЗППКС с применением артроскопической техники, с нашей точки зрения, является разработка новых усовершенствованных методик из числа хорошо рекомендовавшихся методов лечения, результаты которых не уступают операциям, выполненным с помощью видеоартроскопической техники [6]. В частности, в качестве альтернативы артроскопическому восстановлению ЗППКС могут служить разработка и внедрение в клиническую практику малоинвазивных технологий при данной патологии, которые явились предметом настоящей работы.

Материал и методы исследования.

Работа основана на анализе данных оперативного

лечения 46 больных с застарелыми повреждениями передней крестообразной связки коленного сустава (ЗППКС) за период 2001-2012 годы. Мужчин было 46 (93,5%), а женщин – 3 (6,5%). Возраст больных: от 15 до 20 лет – 7 (15,2%); от 21 до 30 лет – 24 (52,2%); от 31 до 40 лет – 9 (19,6%); от 41 до 50 – 3 (6,5%); свыше 50 лет – 3 (6,5%). До обращения за медицинской помощью 40 (87,0%) больным в амбулаторных условиях было проведено консервативное лечение в связи с проявлениями травмы коленного сустава. Среди них в остром периоде травмы пункция коленного сустава выполнена 5 (10,9%) больным, внутрисуставное введение гормональных препаратов в связи с развитием посттравматического синовита – 4 (8,7%). Иммобилизация коленного сустава гипсовой повязкой выполнена 45 (97,8%) пациентам, фиксирующей повязкой – 1 (2,2%) больным. Сопутствующие повреждения элементов коленного сустава в различных комбинациях выявлялись у 35 (76,1%) больных.

Результаты исследования и их результаты.

В нашем материале 35 (76,1%) больным ксенолаванопластику выполняли из небольшого парapatellarного доступа без артроскопической техники и 11 (23,9%) пациентам – с применением артроскопа. Здесь считаем уместным отметить, что разработку обеих подходов, т.е. разработку малоинвазивной ксенолаванопластики с и без применения артроскопической техники считаем обоснованным по нескольким причинам:

- малодоступность и дороговизна артроскопической методики;
- необходимость выполнения операции в некоторых случаях (наличие выраженного рубцового

процесса, болезнь Гоффа и др.) из малоинвазивного внутреннего парapatеллярного доступа даже при наличии артроскопической техники.

При выполнении операции без артроскопа первоначально из внутреннего парapatеллярного доступа выполняли артротомии, размеры которого зависели от наличия или отсутствия сопутствующих патологий или повреждений. При выявлении симптомов поврежденной менисков (n=35) или болезни Гоффа (n=9) дооперационная диагностика дополнялась интраоперационной диагностикой из традиционных парapatеллярного доступа. Последняя предназначалась только для контроля места проведения лавсановой ленты. Суть предложенной методики ксенолавсанопластики без применения артроскопа состоит в малоинвазивной артротомии, из которого осуществляется ревизия коленного сустава. При выявлении повреждений менисков или болезни Гоффа разрез увеличивается до необходимой длины, достаточной для проведения симультанной операции. Во всех наших наблюдениях в одном случае длина разреза не превышала размеров парapatеллярного доступа. После ревизии сустава при наличии показаний с соблюдением традиционной техники выполняли симультанную операцию, в том числе менискэктомию и иссечение гипертрофированной жировой ткани. У больных старше 50 лет с паракапсулярным разрывом мениска во избежание быстрого прогрессирования деформирующего артроза воздержались от менискэктомию. Все этапы операции вне сустава, за исключением разреза кожи, выполнялись с помощью электроножа и электрокоагуляции без применения кровоостанавливающего жгута.

Следующий этап операции – создание каналов для проведения лавсановой ленты с помощью разработанного нами сверла, имеющие в конце отверстие для фиксации проводника для лавсановой ленты (патент Республики Таджикистан № TJ 273 от 7 октября 2009 года).

Применение разработанного устройства позволяет минимизировать травматическую агрессию на ткани коленного сустава и облегчает проведение лавсановой ленты через просверленные отверстия в местах прикрепления передних крестообразных связок. Устройство-проводник изготовлено из нержавеющей стали и состоит из сверла, длина которой равна 160 см, диаметр – 4,8 мм. На конце сверла имеется отверстие диаметром 2 мм, предназначенное для фиксации проводника. Первоначально из полости сустава в положении максимального сгибания конечности в коленном суставе с помощью предложенного сверла просверлили канал в наружном мыщелке бедренной кости по ходу передней крестообразной связки. По выходу конца сверла, который контролировался визуально, пальпаторно и с помощью ЭОП, наносили насечку на коже и поднадкостнично выделяли мягкие ткани вокруг сверла. Очень важным элементом операции является вывод конца сверла вне полости коленного сустава. Далее в отверстие разработанного сверла укрепляли танталовую проволоку и один конец проволоки выводили в полость сустава. В проволоку укрепляли лавсановую ленту и ее помощью дистальный конец лавсановой ленты вытаскивали в полость сустава. Проксимальный конец лавсановой ленты

укреплялся в метафиз кости с помощью ксеноштифтов, подготовленных по предложенной методике. Далее выполняли канал в мыщелке большеберцовой кости. Для этого из небольшого разреза кожи по внутренней поверхности голени с помощью разработанного сверла-проводника просверлили второй канал во внутреннем мыщелке большеберцовой кости по направлению места прикрепления поврежденной связки в межмышечковом возвышении. Места выхода сверла контролировались из парapatеллярного доступа визуально и/или с помощью ЭОПа. Вышеописанным способом на конец сверла-проводника укрепляли танталовую проволоку и последнюю выводили во внутреннюю поверхность голени. В проксимальный конец проволоки укрепляли дистальный конец лавсановой ленты и последнюю выводили к наружи через канал кости. Далее лавсановая лента прикреплялась к кости с помощью вышеприведенных ксенотрансплантатов в положении максимального натяжения при согнутом под 150 градусов в коленном суставе. Степень натяжения лавсановой ленты контролировалась клинически и визуально из парapatеллярного доступа. Концы лавсановой ленты и ксеноштифтов обязательно укрывались мягкими тканями узловыми швами.

Как видно, данная методика существенно и выгодно отличается от вышеописанной традиционной ксенолавсанопластики, главными из которых являются:

- выполнение операции относительно малотравматичным методом без широкого вскрытия коленного сустава и без вывихивания надколенника;
- более раннее начало реабилитационного лечения;
- отсутствие дополнительной травмы, связанной с взятием пластического материала;
- надежная фиксация лавсановой ленты к кости;
- более ранняя консолидация ксеноматериала к реципиентной зоне (по данным экспериментального исследования).

Артроскопическая ксенолавсанопластика застарелых повреждений передней крестообразной связки выполнялась с соблюдением стандартной техники. Артроскоп использовали для контроля мест проведения лавсановой ленты. В области коленного сустава наносились четыре маленьких разреза, две из которых предназначались для выполнения артроскопической операции, из которых предназначались для выполнения артроскопической операции, остальные две – для фиксации лавсановой ленты к кости. Операцию начали с ревизии коленного сустава, во время которой выявлялись наличие сопутствующих повреждений и заболеваний, степень выраженности дегенеративно-дистрофических изменений в суставе. Особое внимание обращали на детальное изучение артроскопической картины места прикрепления поврежденной передней крестообразной связки. Следующий этап операции – создание каналов в мыщелках бедра и голени под контролем артроскопа и ЭОПа. Вначале на коже наносились две насечки в местах предполагаемой фиксации лавсановой ленты к метафизу бедренной и большеберцовой костей. Далее остро и тупо мягкие ткани раздвигались таким образом, чтобы был ограниченный доступ для просверления канала и фиксации лавсановой ленты к кости. Важным этапом

операции является закрытое сверление каналов, которое проводилось под навигационным контролем с помощью ЭОП. Места выхода конца сверла контролировались с помощью артроскопа. Каналы делались с помощью сверла в положении согнутого коленного сустава. Вначале делали канал в наружном мыщелке бедренной кости. Для этого концы сверла упирались в метафиз кости. Под контролем ЭОП выбирали необходимый угол проведения и направления сверла. Далее под навигационным контролем делали канал. Места выхода сверла контролировались с помощью артроскопа. Аналогичным образом делали второй канал во внутреннем мыщелке большеберцовой кости, используя ЭОП и артроскоп. После сверления каналов, из мыщелка бедра в канал вводили длинную двойную проволоку, которую под артроскопическим контролем захватили с помощью проводника и выводили наружу через канал мыщелка большеберцовой кости. Далее к концу проводника фиксировали лавсановую ленту и выводили наружу через оба канала. На завершающем этапе операции лавсановая лента прикреплялась к кости с помощью ксенотрансплантатов, заготовленных на 0,05% растворе формалина и 0,01% растворе флавоноидов. Как видно, данная операция выполняется из двух насечек кожи для проведения артроскопа и двух аналогичных насечек кожи в местах выхода лавсановой ленты без нанесения дополнительной травмы параартикулярным тканям. Ближайшие результаты лечения оценивались у всех больных к моменту выписки больного, а отдаленные результаты – начиная от ориентировочного срока завершения реабилитационного периода, т.е. к сроку от 3 до 6 месяцев после операции. При анализе ближайших результатов лечения в целом удельный вес первичного заживления составил 90,3%. Наблюдаемый поверхностный некроз кожи не был связан с лавсаном и ксенотрансплантатами, поэтому не отразились на окончательных результатах лечения. Частота послеоперационных гемартрозов снизилась до 19,6%. Также в результате применения новой технологии приготовления ксенотрансплантатов и введения их в канал кости вне заворотов сустава частота синовитов снизилась до 10,1%. По данным литературы [6] удельный вес восстановления ПКС при применении аутопластики составил 97,3% после лавсанопластики – 95,1%. Частота рецидив нестабильности коленного сустава наблюдается от 3 до 25% случаев. При применении закрытых методик неудовлетворительные результаты отмечены у 7,1% пациентов, в то время как этот показатель при применении открытых методов составил 21,9%.

Приведенные относительно противоречивые результаты касательно отдаленных результатов объясняется не только применением различных методов операции, но и использованием различных методик оценки результатов. В этой связи необходимо отметить, что, несмотря на пристальное внимание исследователей к рассматриваемой проблеме, в литературе мы объективных критериев оценки их отдаленных результатов не встретили. В известных работах отдаленные результаты в основном оценивались по субъективным критериям или используемые в них параметры широко обсуждается необходимость применения современных объективных балльных методов оценки результатов лечения, основанная на формализации и стандартизации данных. В связи с этим, в настоящей работе, основываясь на этот опыт, попытались разработать объективизированную балльную методику оценки отдаленных результатов застарелых повреждений передних крестообразных связок. При этом при оценке отдаленных результатов лечения ЗППКС применили усовершенствованную нами методику. Используя вышеперечисленные критерии, по сумме баллов результат отнесли к одному из традиционно используемых значений:

- «хороший» - при сумме свыше 85 баллов;
- «удовлетворительный» - при сумме баллов от 71 до 85;
- «неудовлетворительный» - при сумме баллов ниже 71.

Удельный вес хороших результатов составил 24 (52,2%), удовлетворительных - 19 (41,3%), неудовлетворительных - 3 (6,5%). Как видно, при применении предложенных подходов, ключевым звеном которой является применение малоинвазивной технологии лавсаноксенопластики и использование современной технологии приготовления ксенотрансплантатов на 0,05% растворе формальдегида с добавлением 0,01% флавоноидов и антибиотиков, позволило в ближайшем периоде снизить частоту послеоперационных гемартрозов до 19,6%, частоту синовитов 10,1%, а в отдаленном периоде снизить удельный вес неудовлетворительных результатов до 6,5%. Выполнение операции по малоинвазивной технологии позволяло сократить сроки реабилитации больных в послеоперационном периоде в среднем на два месяца.

Выводы.

1. Результаты проведенной работы свидетельствует о высокой эффективности предложенной методики ксенолаванопластики застарелых повреждений передней

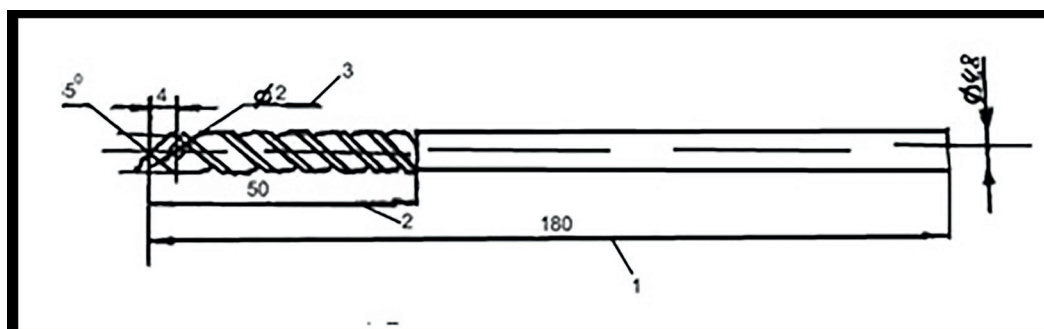


Рис. 1. Устройство для лавсанопластики

крестообразной связки с применением малоинвазивной технологии и ксенотрансплантатов, приготовленных на 0,05% растворе формалина с добавлением 0,01% раствора флавоноидов и антибиотиков.

2. Применение малоинвазивной технологии, направленной на снижение травматической агрессии на элементы сустава, ксенотрансплантатов с сниженными антигенными свойствами и оптимальных методов фиксации лавсановой ленты к кости способствовали ранней первичной консолидации ксенотрансплантатов с реципиентной костью, что, в свою очередь, позволяло восстановить утраченную фиксацию, позволяло восстановить утраченную фиксацию поврежденной конечности в максимально короткие сроки по сравнению с традиционной лавсанопластикой.

3. На основании этих данных предложенные методы можно рассматривать как альтернативу видеоартроскопической пластики застарелых повреждений передней крестообразной связки.

Литература:

1. Ахпашиев А.А. Механическая прочность фиксации аутоотрансплантата передней крестообразной связки. / А.А. Ахпашиев, С. Дыдыкин, А.В. Королёв, Н.В. Загородний // Материалы VII Конгресса Российского Артроскопического Общества. – М. 2007. – С. 12.
2. Зудаев С.В. Диагностика и оперативное лечение свежих повреждений медиального сумочно-связочного аппарата и передней крестообразной связки коленного сустава: дис. ... канд.

мед. наук / С.В. Зудаев – Иркутск, 2005. – 195 с.

3. Кесян Э.М. Новый способ хирургического лечения застарелых разрывов передней крестообразной связки коленного сустава: дис. ... канд. мед. наук / Э.М. Кесян – Самара, 2009.

4. Королев А.В. Комплексное восстановительное лечение пациентов с повреждениями менисков и связок коленного сустава с использованием артроскопических методик: Дисс. ... д-ра мед. наук. – М., 2004. – 364 с.

5. Котельников Г.П., Чернов А.П., Измалков С.Н. Нестабильность коленного сустава. – Самара: Дом печати, 2001. – 230 с.

6. Лытаев А.В. Реконструкция передней крестообразной связки коленного сустава : дис. ... канд. мед. наук / А.В. Лытаев. – СПб., 2007. – 202 с.

7. Миронов С.П., Орлецкий А.К., Цыкунов М.Б. Коленный сустав. – М., 2002. – 357 с.

8. Скороглядов П.А., Причины возникновения артрофиброза после артроскопической стабилизации коленного сустава и его профилактика. / П.А. Скороглядов, Г.Д. Лазишвили, В.Э. Дубров и др. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – №1. – С.38-42

9. Analysis of anterior cruciate ligament injury mechanics: three- dimensional motion reconstruction from video sequences. Scand Med J Sports. – 2007. – №17. – P. 508-519.

10. Asik M., Sen C The mid- to long-term results of the anterior cruciate ligament reconstruction with hamstring tendons using Transfix technique // Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. – 2007. – Vol.15. – № 8. – P.965-972.

**ПРОБЛЕМЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН
И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ В ЭТНОКУЛЬТУРЕ КЫРГЫЗОВ**

Атамбаева Р.М., Исакова Ж. К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Обосновано медико - этнографическое исследование народной медицины и использование информации, которую мы получаем при этом в мероприятиях, направленных на улучшение состояния репродуктивного здоровья женщин и девушек – подростков. Накопленные прошлым культурным творчеством народа проверенные и сопоставленные на практике многими поколениями людей позитивные эмпирические знания представляют определенный интерес для современного акушерства.

Ключевые слова: народная медицина, репродуктивное здоровье, девушки- подростки, безопасное материнство, партнерские роды, этнокультура кыргызов.

**КЫРГЫЗДЫН ЭТНОМАДАНИЯТЫНДАГЫ АЯЛДАРДЫН ЖАНА ӨСПҮРҮМ
КЫЗДАРДЫН ЖЫНЫЗДЫК САЛАМАТТЫГЫНЫН ПРОБЛЕМАЛАРЫ**

Атамбаева Р.М., Исакова Ж. К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Этномаданияттан жана саламаттыкты сактоо системасындагы аялдардын жана өспүрүм кыздардын репродуктивдик саламаттыгын жакшыртууга арналган иш чаралардагы илимий изилдөөлөрдөн алынган маалыматтарды колдонуу аркылуу элдик медицинаны медициналык -этнографиялык жактан изилдөө. Элдин байыркы учурлардан берки топтолгон маданий чыгармачылыгы, турмушта колдонулуп, муундан муунга өтүп келген позитивдүү эмпирикалык билими жана соңку учурдагы акушердик иштин маселелери изилдөөгө алынды.

Негизги сөздөр: элдик медицина, репродуктивдик саламаттык, өспүрүм кыздар, кыргыз этномаданияты.

**THE REPRODUCTIVE HEALTH PROBLEMS OF WOMEN AND GIRLS
IN THE ETHNIC CULTURE OF THE KYRGYZ**

Atambaeva R.M., Isakova J.K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The medical and ethnographic research of traditional medicine and use of information obtained from the ethnic culture, as well as from scientific researches, is aimed to improve women and girls reproductive health. Accumulated by past cultural creativity of the people tested, and mapped in practice by many generations of people positive empirical knowledge is of great interest for modern obstetrics.

Key words: folk medicine, reproductive health, safe maternity, birth partner, ethnic culture of the Kyrgyz.

Президент Кыргызской Республики А.Ш. Атамбаев объявил 2016 год – годом истории и культуры нашего народа. Характерной особенностью постсоветского этапа развития является подъем национального самосознания, рост интереса народов к своей самобытности, истории, месту в мировой цивилизации, наблюдается процесс острой актуализации исторической памяти народов в массовом сознании. Это, в свою очередь, является характерным признаком, показателем роста этнического, национального самосознания. С феноменом «*этнического возрождения*» столкнулись в последнее время многие страны. Это обусловлено как стремлением устранить деформации культурного, социально-политического развития этносов, произошедшим за годы существования колониальных империй, так и реакцией этнических общностей на некоторые объективные процессы, связанные с НТП, урбанизацией, массовыми миграциями, распространением нивелирующих тенденций, а также унификацией, глобализацией, вестернизацией и даже американизацией образа жизни.

В сфере межнациональных отношений в мировом масштабе наблюдаются противоречивые, разнонаправленные процессы. С одной стороны, усиление интернационализационных и интеграционных процессов, ведущих к ослаблению, стиранию некоторых этнонациональных различий. С другой стороны - возрастание этничности многих народов - «тенденции

роста культурного самоутверждения»[1]. В связи с данным развитием правомерно поставить проблему взаимодействия техногенной цивилизации и традиционной общественной организации этносов и с точки зрения этой проблемы рассмотреть феномен культурного диалога Запад-Восток.

Публикация ВОЗ «Доклад о состоянии здоровья в мире» (2004) обратила особое внимание на разрыв между тем, что мы знаем, и что мы делаем на практике. Для того, чтобы достичь Целей развития тысячелетия (ЦРТ), связанных с вопросами здравоохранения, до 2015 года, нам необходимо уменьшить этот разрыв. Один из путей решения этой задачи – это использовать информацию, которую мы получаем из этнокультуры, а также из научных исследований, в мероприятиях, направленных на улучшение состояния здоровья людей и системы здравоохранения.

Целью нашего исследования было выявить исторические, культурные аспекты влияния на особенности формирования репродуктивной ментальности нашего народа.

Переоценка ценностей, возрастание интереса к прошлому, культуре народов, к становлению и развитию национального самосознания и государственности привели к актуализации вопроса культурного диалога Запад-Восток в общественном бытии и сознании. Осознание нациями своего качественно иного (по сравнению с предыдущим периодом) бытия взаимосвязано с понятиями «культура»,

«этническая культура», «народная медицина» и т.д., поэтому возникает необходимость их исследования в аспекте этносоциального познания. Как показывает исторический опыт, в критические моменты социального развития, в период больших общественных потрясений (войн, революций, национальных движений) возрастает потребность людей в осмыслении исторического прошлого. Обращаясь к своему прошлому, к исторической памяти народа, люди стремятся найти объяснения своих бедствий, пути выхода из кризисных ситуаций, выработать ориентиры на будущее.

Мы надеемся, что данная статья будет полезна как медицинским работникам, так и более широкому кругу читателей, которые хотят, наконец, разобраться в том, что же такое этнокультура кыргызов и какое место она занимает в народной и в том числе и в современной официальной медицине.

Народный опыт стал основой для зарождения научной медицины. Последняя еще долгое время была тесно связана с традиционными представлениями и методами врачевания. Одновременно наметился и все более углублялся разрыв между социально-культурными сферами функционирования научной медицины и народного врачевательства. Последнее оттеснялось на периферию социальной практики, что порой осуществлялось насильственными методами, включавшими в себя административные гонения, уголовное преследование, идеологическую дискредитацию и т.д. Тем не менее, народная медицина продолжала и продолжает функционировать.

Более того, нельзя не согласиться с мнением Ю. В. Бромлея и А. А. Воронова о том, что «народная медицина, как и любой другой вид народных знаний, представляет собой неотъемлемую часть культуры каждого народа, в том числе его духовной культуры»[2].

Между тем изучение духовной культуры всегда было актуальной задачей не только философии и общественных наук, но и медицины. Это стало очевидным в последние десятилетия, когда практическая значимость научного изучения и объективной оценки традиционной медицины особенно актуализировалась. Ученые и врачи Китая и на современном этапе развития науки, которая базируется на канонах доказательности и рандомизированных клинических исследованиях, привержены методам традиционной китайской медицины. Данное обстоятельство связано с рядом причин. С одной стороны, в настоящее время мы наблюдаем возросший интерес к народным методам врачевания со стороны профессиональной медицины, представители которой не отрицают наличия многих положительных достижений в многовековом опыте народного целительства. Отсюда нынешний период можно охарактеризовать как время сотрудничества двух сфер медицины, которое осуществляется в соответствующих пределах реальной врачебной практики.

С другой стороны, к методам народной медицины резко возрос и широкий общественный интерес. Это прямое следствие ряда социально-экономических причин, в ряду которых можно назвать подорожание лекарств, общее загрязнение окружающей среды, возросшее число

аллергических заболеваний, являющихся следствием употребления лекарственных средств химического происхождения и др. Интересен и тот факт, что в экстремальных социальных ситуациях народная медицина может возрождаться. Пример тому – в постсоветский период в случае отсутствия медперсонала на местах многие прибегали к лечению методами народной медицины.

Актуальность данной проблемы заключается также и в том, что философско-этнографическое исследование народной медицины вместе с чисто практическим значением содержит в себе и теоретические аспекты. В настоящее время, когда в общественных науках широко развернулись работы по изучению и анализу понятия этноса, а также его важнейших и основных признаков, на передний план выдвинуто исследование проблем этнического своеобразия и специфики того или иного народа. Вместе с другими элементами культуры и быта народная медицина оказалась одной из важнейших сфер, в которой широко проявились специфические признаки, отражающие этническое своеобразие народа. В частности, имеются в виду накопленные прошлым культурным творчеством народа проверенные и сопоставленные на практике многими поколениями людей позитивные эмпирические знания. Мы хотели бы остановиться на исторических аспектах репродуктивного здоровья.

Рождение ребенка в кыргызской семье являлось большим радостным событием. Особенно большую радость вызывало рождение мальчика. По его рождению состоятельный отец давал пир (той), а тот, кто первым извещал такого отца о рождении мальчика (суйунчу), получал ценный подарок. «Отцовство и материнство приносят с собой сильное желание видеть своих детей счастливыми и здоровыми. Это является одной из немногих констант в жизни во всех частях мира»¹, - говорится в докладе Генерального директора ВОЗ, доктора Ли Чон-вука, сделанного в апреле 2005 года в Женеве и посвященного Всемирному дню охраны здоровья.

В то же время, хотя рождение девочки не приветствовалось, девочка, девушка пользовалась особым уважением в семье и родовом племени. Девушку считали гостьей в родительском доме, усаживали на почетное место (Кыз уйдун коногу). Воспитание дочери не было только ответственностью родителей. «Кызга кырк уйдон тыйгу», древняя пословица кыргызов, говорит о том, что воспитанием детей занималась вся родовая община. Красивая, умная девушка считалась достоянием рода. Душа кыргыза быстрый скакун, сердце кыргыза ата-журт – земля предков, богатство кыргыза – красивая дочь. Замуж дочерей выдавали по договоренности родителей или главы рода. При этом учитывался факт, из какого рода девушка, до седьмого колена перечислялись ее предки, так как родственные браки были запрещены. Т.е. с точки зрения сегодняшней медицины, это была профилактика наследственных заболеваний. Девочка могла с рождения или даже с внутриутробного периода могла быть помолвленной, и после достижения половой зрелости, за ней приезжали сваты. Наступлением периода зрелости для брака, считалось менархе. Т.е. уже в 13-14 лет девочку могли выдать замуж. Надо отметить, что в период закрепления ислама, она могла оказаться второй

или третьей женой. Ранняя половая жизнь, незрелость репродуктивной системы, были причиной многих осложнений. Преждевременные роды, кровотечения, разрыв матки, инфекции были причиной высокой материнской и детской смертности.

Дети – будущее нашего общества, а их матери – хранители этого будущего. Как и у других народов мира, у кыргызов женщины, рожавшие несколько здоровых детей, и особенно мальчиков, пользовались всеобщим уважением. И наоборот, бесплодные женщины (туубас) никогда не чувствовали себя полноценной хозяйкой дома. Такие женщины до самой старости в насмешку назывались «келинжан» (молодوخа, пришедшая), и носили презрительную кличку «высохшая, сухая» (куу баш).

Жалуясь на свою бездетность, Каныкей, например, говорила Манасу:

Что пуховое ложе мне,
Если каждый прохожий мне,
Что казна твоя, пригожа мне?
Говорит: «пуста ты, как орех».
Если был бы наследник твой,
Быть бездетным – это ль не грех?
Всех сокровищ дороже мне.
Лишь посмешищем быть для всех
Бесплодная женщина считала себя несчастной.

Сегодня около 300 миллионов женщин страдают от кратковременных и длительных состояний, связанных с осложнениями беременности или родов. Кроме того, каждый год умирает приблизительно 529 000 матерей. Из них 68 000 умирает по причине осложнений вследствие небезопасного прерывания беременности. К сожалению, материнская смертность присуща не только странам с низким уровнем жизни населения, но и около 1 % случаев неонатальной и детской смертности зафиксировано в богатых странах.

Роды считались наиболее опасным этапом в жизни беременной женщины. Кыргызские женщины рожали очень легко. До самых родов они ездили на лошади. Роды, как правило, занимали не больше 2-3 часов. Но, тем не менее, кыргызка ожидала наступление родов с большой тревогой. Когда у женщины начинались родовые схватки (толгоо), вызывали к ней аначы или эмчи (повитуху).

Одним из эффективных компонентов акушерского ухода в родах является постоянная поддержка «одна женщина – одна акушерка». Как показывает мировая практика, у этого вмешательства нет побочных эффектов и присущих рисков. Необходимо понимать последствия недостаточно чуткого ухода за роженицами и по возможности содействовать формированию положительных эмоций у роженицы и членов ее семьи.

Принимая во внимание положительный эффект данного вмешательства, многие медицинские ассоциации пропагандируют партнерские роды с целью улучшения здоровья матери и ребенка. Таким образом, присутствие партнера на родах должно не только разрешаться, но и активно поощряться.

Идеальным сопровождающим лицом может быть ее муж или партнер; в других случаях предпочтительнее поддержка другой женщины, например, матери или свекрови роженицы, ее сестры или подруги, а иногда

просто женщины, которую предлагает родильный дом, но с которой роженица до родов не была знакома. В любом случае, выбор партнера должен предоставляться роженице.

Процесс принятия родов в прошлом был тесно связан с философским мировоззрением и этическими представлениями кыргызов. Согласно нашим предкам, мир имеет дуальный характер (от латинского *dualis* – двойственный), под которым понимается сосуществование двух различных, несводимых к единству состояний, принципов, образов мыслей, мировоззрений, волеустремлений, гносеологических принципов. Дуализм в понимании кыргызов, иллюстрируют существование двух первооснов, которые и составляют реальность, мужчина и женщина. В гендерном плане мужчина занимает превосходное и возвышенное положение (в мировой философии понятие «мужчина» отождествляется с понятиями «Бог», «Тенир-Ата», «небо», «дух», «разум», «вечность», «сила», «ян») и он не должен вмешиваться в дела женщины (которая есть «Умай-Эне», «земля», «материя», «чувство», «суета», «слабость», «инь»). Поэтому при нормальных родах у роженицы бывали только 2-3 женщины, и совершенно отсутствовал мужчина. Ментально и психологически, как и другие традиционные и восточные женщины, кыргызка не поощряет присутствие мужчины (даже доктора-мужчины) во время родов.

Как и современные медики, в прошлом кыргызские аначы и эмчи понимали, что никогда не следует оставлять роженицу в одиночестве. В идеальном случае одну роженицу обслуживает одна повитуха (или акушерка). Во время родов и в раннем послеродовом периоде повитуха или акушерка оказывала женщине физическую, эмоциональную и психологическую поддержку, следила за состоянием матери и плода, контролировала физиологически текущий процесс и минимизировала различные необоснованные вмешательства, вовлекала женщину в процесс принятия решений, выявляла осложнения, если они возникали, и устраняла их, соответствующим образом реагировала на urgentные состояния и обеспечивала надлежащий уход. Как уже говорилось, у кыргызов рождение ребенка являлось уникальным, приносящим большое счастье и глубокое удовлетворение событием в жизни женщины, семьи и тех людей, которые разделили с ней этот опыт. По этой причине, аначы или эмчи пользовались большим уважением в семье, имея статус «второй матери» или «киндик эне».

Результаты нескольких исследований современных западных ученых указывают на то, что позиция лежа на спине может негативно повлиять как на состояние плода, так и на процесс родов, так как в таком положении тела матери у нее нарушается кровоснабжение матки и схватки становятся менее эффективными. Одним из способов устранения негативных эффектов положения лежа на спине может быть частая смена роженицей положения тела.

У женщин, которым предлагали сидеть, стоять или ходить во время родов, длительность родов была короче, чем у тех женщин, которым навязывали позицию лежа на спине. В этой группе женщин также использовалось меньшее количество обезболивающих

препаратов, реже проводилась эпидуральная анестезия, и реже использовался окситоцин для усиления родовой деятельности. Одно исследование показало значительное снижение частоты нарушений сердечного ритма плода и низкой оценки новорожденных по шкале Апгар, если женщины использовали во время родов вертикальные позиции.

Многочисленными рандомизированными исследованиями были доказаны несколько преимуществ вертикального положения женщины во время второй стадии родов, в том числе: более короткая вторая стадия родов, снижение числа инструментальных родоразрешений, эпизиотомий, меньше жалоб на боль, меньше случаев абнормальной ЧСС плода.

Кыргызская женщина была далека от этих научных теорий и исследований, но по данным этнографических материалов и материалов устного народного творчества, она рожала стоя на коленях или сидя на корточках, держась при этом за установленный в юрте шест (бакан).

Нормальным положением ребенка при родах считалось такое, когда он шел к выходу головой или ногой вперед. Считалось ненормальным положение ребенка, когда он подходил к выходу боком. Тогда ребенка кыргызская акушерка «поворачивала» вперед головой или ногой. Для того, чтобы «повернуть» ребенка в нужном направлении, роженица укладывалась в постель, причем, голова роженицы должна была быть расположена ниже, чем ноги. Аначы или эмчи на ощупь «поворачивала» ребенка в нужном направлении, покачивая при этом роженицу с боку на бок (колботуу). Когда ребенок принимал нужное положение, роженица занимала свое место у шеста. Акушерка постоянно находилась у роженицы. В момент родовых схваток она, обхватив обеими руками, сдавливала роженице живот и соответствующими образом направляла ребенка.

Однако, вся эта процедура значительно осложнялась, когда роды затягивались. Роженица в таких случаях укладывалась лишь в момент наиболее сильных родовых схваток, чтобы стать в обычной позе у шеста. Акушерка или одна из присутствующих женщин и нередко, специально с этой целью, приглашенный мужчина-силач, обхватив сзади обеими руками талию роженицы, со всей силой прижимал ее к себе, делая при этом движения сверху вниз, пытаясь таким способом выдавить ребенка. На существование в прошлом у кыргызов указанных способов оказания помощи роженице писал также и Н. Зеланд¹. По данным Murray W. Enkin et al. существуют примеры того, примеры некоторых процедур проводившихся во время родов в течении многих лет, когда рандомизированные контролируемые испытания обосновывают неэффективность предложенного или проводимого лечения. И в этом случае этот метод сдавливания является запрещенным в современном акушерстве.

Хирургическое вмешательство в процессе родов кыргызским знахарям не было известно. Но вытаскивание ребенка за ноги или за руки кыргызскими акушерками практиковалось очень широко. Вытаскивание рукой,

как крайняя мера, практиковалось также при задержке последыша (*тон*). Прежде чем попытаться вытащить последыш рукой, акушерка тщательно мыла свои руки водой и смазывала бараньим жиром.

С выпадением последыша заботы о здоровье роженицы и ее ребенка еще не заканчиваются. Многие в этом зависят от обращения с последышем. Предполагалось, что всякий вред, причиняемый последышу, непосредственно отражается на здоровье роженицы и ее ребенка. Поэтому, с последышем обращались очень бережно. Последыш, предварительно вымытый и завернутый в чистую тряпку, закапывался в землю, в стороне от путей движения людей и скота. Кроме того, почва должна быть на этом участке совершенно сухой.

При выпадении матки, прежде чем уложить роженицу в постель, акушерка укладывала матку на место. Когда больная начинала выздоравливать, ноги ее опускались, разрешалось вставать и устраивалось своеобразная песочная ванна. С этой целью, обыкновенный песок, очищенный от камней, грелся в котле над очагом. Периодическим мешанием, добивалось равномерное разогревание песка. Свеже снятая баранья шкура, расстеленная на землю шерстью вниз, смазывалась горячим топленным маслом. На обработанную таким способом шкуру барана сыпали нагретый в котле горячий песок. Разбросов песок равномерно толстым слоем по всей шкуре, сверху накрывали плотной тонкой тряпкой. Раздевшись до гола, женщина садилась на покрытый тряпкой горячий песок, укрывалась по шею теплым одеялом, и оставалось сидеть до тех пор, пока не остывал песок. После такой ванны женщину укладывали в теплую постель. Постель стелется в период принятия этих ванн, таким расчетом, чтобы голова была ниже, чем ноги. Такие песочные ванны принимает роженица ежедневно в течение 10 дней.

В современном акушерстве существует ряд общих технологий или практик, которые могут быть неприятны для пациентов и эффективность которых не доказана. В этой статье мы просто перечислим их: запрет или ограничение посещений матерей в стационаре, кровати Рахманова, ограничение в приеме пищи и жидкости во время родов, рутинное применение клизмы, рутинная катетеризация мочевого пузыря после родов, лед на низ живота после рождения ребенка, рутинный осмотр родовых путей, обработка влаги антисептиками, разделение матери и ребенка сразу после родов, кормление по часам.

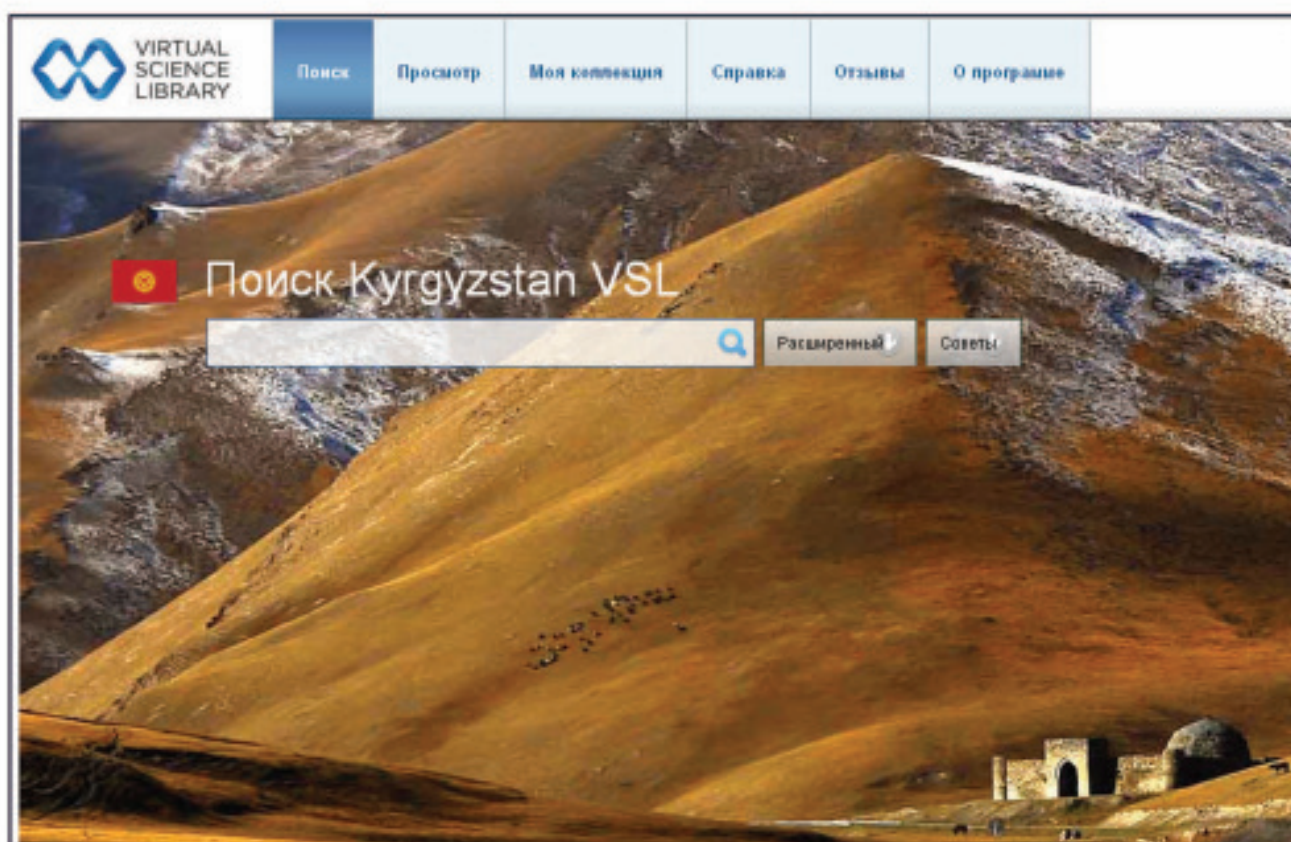
Таким образом, кыргызской народной медицине были известны многочисленные эмпирические и медико-гигиенические приемы, средства оказания помощи роженицам и лечения женских болезней, доказанные как эффективные безопасные вмешательства современными исследованиями в области акушерства и безопасных родов.

Литература:

1. Несбитт Д.Эбурдин П. Что нас ждет в 90-е годы. Мегатенденции: Год 2000. Десять новых направлений на 90-е годы. - М., 1992.

2. Бромлей Ю. В., Воронов А. А. _____ 1976.
3. Зеланд. Н. Киргизы. Записки Западного сибирского Отделения русского географического Общества. – 1885. - Кн. VII. - № 2.
4. Манас – киргизский эпос. Великий поход. – М., 1916. – С. 273.
5. Материнская смертность в Европейском регионе в 2004 году // Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство для участника. Слайд 1 С-5. Слайд 5 С-25.
6. Материнство – это позитивный опыт для большинства женщин // Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство для участника. Слайд 1 С-3.
7. Наливкин В., Наливкин М. Очерк быта женщины оседлого туземного населения Ферганы. – Казань, 1886.
8. М.Энкин, М.Кейрс, Дж. Нейлсон и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка.- Санкт-Петербург, 2003

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.

РЕПРОДУКТИВНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ
ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В РОДАХ

Батырбекова Г.Т.

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

Резюме. В данном сообщении проведен анализ репродуктивной функции женщин, перенесших органосохраняющие операции при массивных акушерских кровотечениях в родах и раннем послеродовом периодах. Отмечено, что органосохраняющие операции на матке являются наиболее современным методом оперативного лечения при акушерских кровотечениях, так как по полученным данным почти больше половины женщин были детородного возраста и чаще они были первородящими.

Ключевые слова: акушерское кровотечение, менструальная функция, менархе, роды.

ТУКУМ УЛОО МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ САКТАЛГАН АЯЛДАРДЫН
РЕПРОДУКТИВДУУ ФУНКЦИЯСЫ

Батырбекова Г.Т.

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

Корутунду. Бул билдүрүүдө төрөт учурундагы акушерлик катуу кан агуу жана кан агууда тукум улоо мүмкүнчүлүгү сакталган аялдардын репродуктивдүү функциясы иликтелет. Белгиленгендей, тукум улоо мүмкүнчүлүгүн сактоо операциясы эң заманбап ыкмасы болуп саналат. Алынган маалыматтардан тукум улоо мүмкүнчүлүгү сакталган аялдардын дээрлик жарымы бала төрөй турган куракта жана көбүнчө алар биринчи төрөгөндөр.

Негизги сөздөр: акушерлик кан агуу, этек кир, төрөт маалы, менархе.

REPRODUCTIVE FUNCTION OF THE WOMEN WHO UNDERWENT
ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN CHILDBIRTH

Batyrbekova G.T.

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

Resume. The analysis of reproductive function of the women who underwent organ-preserving operations in massive obstetric bleedings in childbirth and early postnatal the periods is carried out. It is noted that organ-preserving uterus operations are the most modern method of expeditious treatment in obstetric bleedings as according to the obtained data nearly more than a half of women were childbearing age and they were more often nulliparous.

Keywords: obstetric bleeding, menstrual function, menarche, childbirth.

В структуре причин материнской смертности в Кыргызской Республике частота акушерских кровотечений составляет от 43,3-46,7% и в последние годы отмечается относительное снижение показателей материнской смерти от 80,4(за 1970г) и 81,4/1990 г до 51,1/2010 г. [1,2].

В клинической практике радикальным методом разрешения проблемы массивного акушерского кровотечения до настоящего времени остается удаление репродуктивного органа. Тем не менее, в настоящее время в медицинской практике имеется достаточно обзорных статей по отношению перевязки сосудов (маточных и/или внутренних подвздошных артерий), как мера спасения жизни при критических ситуациях для остановки неконтролируемых акушерских кровотечений. Учитывая тот факт, что массивные акушерские кровотечения (МАК) часто развивались у молодых женщин, которые еще не реализовали свою репродуктивную функцию, то этот метод давал им шанс в дальнейшем родить ребенка [3].

В Кыргызстане профессором М.С. Мусуралиевым в 1987 году впервые произведена перевязка внутренней подвздошной артерии (ПВПА) в условиях оказания экстренной ургентной помощи по линии санитарной авиации (3 случая), которые были обобщены в дальнейших публикациях и получен патент [4,5].

Данные методы дают возможность сохранения матки, и следовательно, сохранение репродуктивной и менструальной функций [6]. Использование перевязки внутренних подвздошных артерий при гипотонических

послеродовых кровотечениях, где удалось сохранить матку описал Курцер М.А. с соавт. [7].

По данным некоторых авторов в большинстве случаях к операции при МАК подключаются сосудистые хирурги [8]. С целью снижения кровопотери при проведении кесарево сечения в плановом порядке в отдельных работах указывается применение ПВПА первым этапом, т.е. до проведения кесарево сечения [9]. Но несмотря на полученные данные, до настоящего времени остаются недостаточно изученными как ближайшие, так и отдаленные результаты проведения ПВПА у молодых женщин.

Цель исследования: оценка менструальной и репродуктивной функций женщин, перенесших органосберегающие операции по поводу акушерских кровотечений в родах и раннем послеродовом периоде.

Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: изучить особенности становления менструальной и репродуктивной функции у пациенток, перенесших органосберегающие операции.

Материалы и методы исследования

Настоящее исследование выполнено на кафедре акушерства и гинекологии №1 КГМА им. И.К. Ахунбаева, на базе ГПЦ г.Бишкек.

В процессе работы нами было проведено ретроспективное изучение репродуктивной функции у 42 родильниц с акушерскими кровотечениями, которым на хирургическом этапе лечения была произведена перевязка

внутренних подвздошных артерий с проведением органосберегающих операций с периода 2010-2014гг в ГПЦ.

Контрольную группу (группу сравнения) составили 28 женщин, которые были родоразрешены путем операции кесарево сечение без патологической кровопотери и без дополнительных хирургических мероприятий для установления надежного гемостаза.

В I группе показаниями для двусторонней перевязки внутренних подвздошных артерий явились гипотонические маточные кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде при неэффективности обычной консервативной терапии. Основными причинами кровотечения явились патология плаценты, преждевременная отслойка плаценты, нарушениями тонуса матки, атонические кровотечения. проявления коагулопатии, такие как тяжелая преэклампсия/эклампсия.

В специально разработанную нами карту заносились сведения о возрасте, наследственности, перенесенных и сопутствующих соматических и гинекологических заболеваниях, оперативных вмешательствах. Особое внимание уделяли состоянию менструальной и репродуктивной функции, а также гинекологическому статусу.

Все полученные результаты ретроспективного анализа пациенток нами были обработаны методом вариационной статистики, с вычислением средней арифметической величины (М), ошибки средней (m). Вероятность возможной ошибки каждого показателя вычисляли по статистическому критерию Стьюдента.

Средний возраст женщин 1-ой группы составил $26,21 \pm 5,51$ лет, у 2-й группы - $28,51 \pm 4,84$ лет.

Средний возраст менархе в 1 группе составил $13,4 \pm 0,1$ лет, а в контрольной группе $13,1 \pm 0,3$ лет. Средняя цикличность менструальных выделений и их продолжительность у женщин основной группы не отличались от таковых у пациенток контрольной группы. Продолжительность менструального цикла от 21 до 27

дней отмечена у 21,9%, от 28 до 30 дней у 76,8%, от 31 до 35 дней у 1,3% женщин в основной группе и в контрольной группе - 23,3%, 74,6% и 2,15 % соответственно. В основной группе продолжительность менструаций до 3 дней была у 9% женщин, от 3 до 5 дней у 72,9%, от 6 до 10 дней у 18,1 % женщин, тогда как в контрольной группе у 12,7%, 75,8% и 11,5% соответственно. Интенсивность месячных показало, что в 85,9% наблюдений месячные были умеренными, в 12,7%-обильными и в 1,4% скудными в основной группе и 87,4%, 11,5% и 1,1% соответственно в контрольной группе. В основной группе первородящих было 52,3%, вторые роды у 26,1%, третьи и более родов у 21,6% женщин, тогда как в контрольной группе 57,1%, 25,0% и 17,9% соответственно. Необходимо отметить, что большинство обследуемых женщин в обеих группах были первородящими (54,7%).

Таким образом, на основании изучения возраста женщин, возраста менархе, характера менструальной и детородной функции до родов у женщин в сравниваемых группах изменений выявлено не было. Полученные нами данные позволяют считать, что органосохраняющие операции на матке являются наиболее современным методом оперативного лечения при акушерских кровотечениях, так как по полученным данным почти больше половины женщин в этой группе были детородного возраста ($26,21 \pm 5,51$ лет) и они были первородящими 52,3% случаев.

Таким образом, проведение перевязки внутренних подвздошных артерий позволяет не только сохранить матку, но у них сохраняется менструальная функция, но также есть возможность родить ребенка в будущем.

Вопросы комплексного изучения эндокринной функции репродуктивной системы, проведенного в отдаленные сроки у женщин, перенесших органосберегающие операции при акушерских кровотечениях отстаются открытыми и требуют дальнейшего изучения.

Таблица 1.

Средний возраст и возраст менархе у рожениц

Группы	N	средний возраст $M \pm s$	Средний возраст менархе
Основная	42	$26,21 \pm 5,51$ лет	$13,4 \pm 0,1$ лет
контрольная	28	$28,51 \pm 4,84$ лет.	$13,1 \pm 0,3$ лет

Таблица 2.

Паритет родов у женщин обследуемых групп

	Основная		контрольная		Всего	
	N	%	n	%	n	%
Первые роды	22	52,3	16	57,1	36	52,9
Вторые роды	11	26,1	7	25,0	18	26,5
Третьи роды	6	14,2	4	14,2	10	14,8
4 и более	3	7,4	1	3,7	4	5,8
Всего	42	100,0	28	100,0	68	100,0

Литература :

1. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году. - Бишкек, 2013. - 330 с.
2. Кудаяров Д.К. Охрана материнства и детства в Республике и вклад Объединения (Ассоциации) врачей педиатров Кыргызстана // Ж. Здоровья матери и ребенка, 2011, Т. 3, №1.- с. 13-16.
3. Berghella V. Placenta praevia, placenta praevia accrete and vas praevia / In: Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, 235pp /Ch. 24 –P. 187-194.
4. Мусуралиев М.С., Макенжан уулу А. Способ гемостаза при массивных послеродовых маточных кровотечениях. // Бюл. Интеллек. собственность, 2004, №12 – патент №727.
5. Мусуралиев М.С., Макенжан у. А. Инновации лечения массивных кровотечений в акушерстве./ Вестник НАН КР, 2011, №1.- С.110-118.
6. М.С.Мусуралиев, Макенжан уулу А., Кангельдиева А.А., Бошкоев Ж.Б. и др. Малоинвазивная органосберегающая технология при коагулопатических массивных акушерских кровотечениях (методические рекомендации), МЗКР.- Бишкек -2010-36с
7. Курцер М.А., Бреслав И.Ю., Кутакова Ю.Ю., Лукашина М.В., Панин А.В., Бобров Б.Ю. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде. Акушерство и гинекология . 2012., №7 С 36-41.
8. Судаков А.Г., Шальнев В.В., Галенчик С.А., Радченко О.В. Лечебно-диагностическая тактика у пациенток с вращением плаценты. Материалы XIII Всероссийского научного форума «Мать и дитя»-«МЕДИ Экспо», 2012.-М., 2012 – 518 с. С183-184..
9. Иценко А. А. Современные органосохраняющие операции на матке при гипотонических кровотечениях в акушерстве. - Дис... канд мед наук: Москва, 2007.- 107с

**ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПРИ
ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

Сабыр кызы Айпери, Бектурсунов Т.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучено медико-биологические факторы, социально-гигиеническая характеристика и особенности течения беременности. Всего обследовано 30 больных умерших с ВПР (врожденные пороки развития) новорожденного при ВУИ. Полученные данные показали наличие множества модифицирующих факторов риска развития заболевания: экстра – урогенитальные заболевания матерей, отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности и родов.

Ключевые слова: новорожденные, врожденные пороки развития, факторы риска. Внутриутробная инфекция (ВУИ).

**БАЛДАРДЫН КУРСАКТА КЕЗДЕГИ ИНФЕКЦИЯСЫНЫН ТУБАСА КЕМТИКТЕРДИН
ПАЙДА БОЛУШУНДА КООПТУУ ФАКТОРЛОРДУН ТААСИРИН БААЛОО**

Сабыр кызы Айпери, Бектурсунов Т.М.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кош бойлуулуктун өтүшүнүн өзгөчөлүктөрү, социалдык - гигиеналык мүнөздөмөлөрү жана медицина - биологиялык факторлор изилденди. Бардыгы болуп 30 бала текшерилди, кош бойлуулук кезде инфекция жугуп тубаса кемтиги менен өлгөн. Алынган маалыматтар оорунун өнүгүшүндө көп модификациялоочу кооптуу факторлордун бар экендигин көргөздү: энелердин экстра урогениталдык инфекциясы, начарлаган акушердик анамнез, кош бойлуулуктун жана төрөттүн начар өтүшү, негизги группаны жалгыз бой энелер түздү.

Негизги сөздөр: ымыркайлар, тубаса кемтиктер, кооптуу факторлор, кошбойлуулуктагы балдардын инфекция.

**ASSESSMENT OF RISK FACTORS OF CONGENITAL MALFORMATIONS IN
INTRAUTERINE INFECTION IN CHILDREN**

Sabyr kzy Ayperi, Bektursunov T.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of propaedeutics of children's diseases

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. There are studied medical and biological factors, socio-hygienic characteristics and peculiarities of pregnancy. It is examined 30 patients who died with the CDF (congenital malformations) of newborn in IUI. The findings showed the presence of many of modifying risk factors for the disease: Extra - urogenital disease mothers burdened obstetrical history, pathological course of pregnancy and childbirth.

Keywords: newborn, congenital malformations, risk factors, intrauterine infection (IUI).

Введение.

ВУИ является одной из ведущих в неонатальной практике проблемой в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, опасностью нарушения развития эмбриона и плода, рождения больного ребенка и его смерти. Истинная частота внутриутробной инфекции (ВУИ) до настоящего времени не установлена. Повсеместно отмечают значительный рост ВУИ. Согласно данным ряда исследований, внутриутробная инфекция (ВУИ) выявляется у 50-60% госпитализированных доношенных и у 70% недоношенных детей. По результатам вскрытий у 37,5% умерших детей инфекционная патология явилась основной причиной смерти или осложняла течение основного заболевания частоты этой патологии может быть обусловлено возрастанием инфицированности женщин репродуктивного возраста. По данным американских исследователей более 15млн., населения Америки ежегодно инфицируется инфекциями, передаваемыми половым путем. В Кыргызской Республике отсутствует регистрация и мониторинг ВУИ. В реестре заболеваний новорожденных они проходят как инфекции новорожденных, совместно с сепсисом, пневмониями и кишечными инфекциями. Поэтому судить о частоте и динамике внутриутробной инфекции (ВУИ) у нас затруднительно. Однако, несомненно, что активная внутренняя миграция, безработица, отсутствие постоянного медицинского наблюдения за беременными

– мигрантами, некачественное питание, техногенное и антропогенное загрязнение окружающей среды с формированием иммунодепрессивного фона матерей, привели к повышению заболеваемости матерей экстра – и генитальными заболеваниями, болезнями, передаваемыми половым путем. Это обусловлено значительный рост внутриутробной инфекции в нашей стране.

Основная роль в развитии ВУИ отводится модифицируемым фактором риска: отягощенный соматический, акушерско-гинекологический и инфекционный анамнез [5].

Риск развития внутриутробной инфекции (ВУИ) возрастает: при недоношенности, поражения центральной нервной системы, гипоксия плода, асфиксия новорожденного, родовые травмы.

Цель настоящего исследования: изучение основных факторов риска формирования врожденных пороков развития при внутриутробной инфекции.

Материал и методы.

Исследование было проведено на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи в отделении неотложной реанимации новорожденных. Проведен ретроспективный анализ у 30 умерших новорожденных с ВУИ за 2013-2014гг. Изучались следующие риск-факторы: количество родов, пол ребенка, акушерский анамнез, заболеваемость матерей, характер течения беременности и родов.

Методом иммуноферментного анализа (ИФА) определяли Ig M и Ig G к 6 возбудителям, наиболее часто является причиной ВУИ плода и новорожденного: вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус (ЦМВ), вирус краснухи, микоплазмы, хламидии, токсоплазма.

Результаты и их обсуждение.

По медико- биологическим факторам чаще встречается повторнородящие матери (73,3%) среди больных с ВПР преобладают мальчики над девочками (53,3%). Однако причина этого не установлена. Имеются многочисленные исследования о большей заболеваемости новорожденных мальчиков (табл.1).

Анализ состояния здоровья матерей показал, что преобладает экстрагенитальная патология (100,0%) и урогенитальная (59,6%) (табл. 2).

Экстрагенитальная патология представлена анемией (80,0%), артериальная гипертензией (20,0%), эпилепсией (3,3%). Урогенитальная патология: кольпит

(33,3%), хронический пиелонефрит (6,6%), миома матки (6,6%).

Анализ акушерского анамнеза показал, что чаще встречается отягощенный акушерский анамнез (80,0%), в анамнезе чаще отмечается преждевременные роды (40,0%), и сочетание 2 –х и более отягощающих анамнез факторов риска (24,0%) (табл.3).

Из факторов риска течения беременности чаще наблюдается в виде ОРВИ (70,0%) , анемии (53,3%), гестоз и сочетание 2х и более факторов (26,6%), Достоверно чаще у них беременность осложнялась преэклампсией (20,0%) и сочетанием экстрата и урогенитальной патологии (100,0%-59,6%) , патология околоплодных вод, маловодие (16,6%), многоводие (16,6%) так же является фактором риска развития ВУИ (табл.4).

В структуре инфекции передаваемые половым путем (ИППП) у 56,6% матерей больных детей выявляется сочетанная инфекция. Из моноинфекции (43,3%)

Таблица 1.
Биологические факторы риска развития врожденных пороков развития (ВПР)

Матери		Абсолютные	%
Число беременностей	Первая	8	26,6
	Повторная	22	73,3
Пол ребенка	Мальчики	16	53,3
	Девочки	14	46,6
Всего:		30	100

Таблица 2.
Материнская заболеваемость и ее структура в исследованных группах.

Заболеваемость	Абсолютные	%
Здоровые	6	20,0
Больные матери	24	80,0
Экстрагенитальная патология		
Из них: Анемия	24	80,0
Артериальная гипертензия	6	20,0
Эпилепсия	1	3,3
Урогенитальная патология		
Из них: Кольпит	12	40,0
Хронический пиелонефрит	2	6,6
Миома матки	2	6,6

Таблица 3.
Акушерский анамнез

	Абсолютные	%
Не отягощен:	6	20,0
Отягощен:	24	80,0
Из них: Медицинский аборт	6	20,0
Выкидыш на ранних сроках гестации	5	16,6
Внематочная беременность	1	3,3
Преждевременные роды	12	40,0
Сочетание 2 –х и более факторов.	8	26,6

Таблица 4.
Течение беременности

Течение	Абсолютные	%
осложненное	30	100
Анемия	16	53,3
Гестоз	9	30,0
ОРВИ	21	70,0
Преэклампсия	6	20,0
Фетоплацентарная недостаточность	3	10,0
Урогенитальная патология	16	49,6
Патология околоплодных вод - многоводие	5	16,6
- маловодие	5	16,6
Сочетанные 2х и более риск факторов	25	83,3

Таблица 5.

Возбудители	Абсолютные	%
1. ЦМВ	12	40,0
2. ВПГ	14	46,6
3. Токсоплазма	5	16,6
4. Микоплазма	4	13,3
5. Хламидии	3	10,0
6. Краснуха	1	3,3
7. HBSAg, HCV	1	3,3
8. RW «+4»	1	3,3Нац
9. ОРВИ	21	70,0
10. Сочетание 2х и более инфекции	17	56,6

Таблица 6.
Течение родов

Роды	Абсолютные	%
Самостоятельные	20	66,6
Оперативные	10	33,3
Внутриутробная гипоксия	3	10,0
Отхождение околоплодных вод патологического характера	1	3,3
Преждевременная отслойка плаценты	1	3,3

Таблица 7.
Результаты течения беременности

ВПП	Абсолютные	%
Сопутствующие		
Из них: ВПС	13	43,3
ВПП ЖКТ	14	46,6
Поражение ЦНС	10	33,3
Осложнение		
Из них: Мозговая кома	26	86,6
ССН	29	96,6
ДН	29	96,6
Фон		
Недоношенность	12	40,0
ЗВУР	1	3,3

отмечаются цитомегаловирус (ЦМВ), вирус простого герпеса (ВПГ), микоплазмы, токсоплазмы, хламидии, краснуха, сочетанная инфекция проявляется в различных ассоциациях: «ЦМВ- герпес – токсоплазма», «микоплазмы – хламидии». Помимо «классических» возбудителей TORCH – инфекции, показано патогенное влияние на человеческий плод энтеровирусов, вирусов гриппа, парагриппа, аденовирусов, парвовирусов [2] (табл.5).

Анализ течения родов показывает, что патологическое течение с оперативным родоразрешением отмечается с высокой степенью (33,3%), так же внутриутробная гипоксия плода (10,0%), преждевременная отслойка плаценты (3,3%), отхождение ОПВ патологического характера (3,3%) (табл.6)

Состояние детей при рождении очень тяжелое, из сопутствующих заболеваний врожденные пороки сердца (ВПС) (43,3%), врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта (ВПКЖТ) (46,6%), поражение центральной нервной системы (ЦНС) (33,3%), которые сопровождались осложнениями: сердечно-сосудистая недостаточность (ССН), дыхательная недостаточность (ДН) (96,6%), мозговая кома (86,6%). Фон новорожденных (40,0%) составило недоношенность и (3,3%) ЗВУР (табл. 7).

Заключение.

Таким образом, особенности акушерско-гинекологического анализа, течения беременности определяют характер внутриутробного развития плода и формирование определенного ВПР. Группой риска при развитии ВПР являются мужской пол, матери с урогенитальной патологией, отягощенным акушерским анализом. Мероприятия по их устранению при планировании беременности и проведение активной пренатальной диагностики в случае их наличия позволяет снизить риск рождения детей с ВПР.

Литература:

1. Неонатология/ под ред. Н.П. Шабалова //М.: «МЕДпресс_информ», 2004. С.61-100.
2. Национальное руководство по неонатологии/под ред. Н.Н. Володина//М.: «Медицина», 2009. С. 656-672.
3. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции. Под ред. А. Гриноу, Дж. Осборна, Ш. Сазерленд: Пер. с англ. М.: Медицина, 2000.
4. Воронаев Е.В., Матвеев В.А., Черновицкий М.А., Жаворонок С.В. Герпесвирусная инфекция, краснуха при врожденных пороках развития. Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. 1999; 3:55.
5. Болезни новорожденных детей/ под ред. С. Дж. Боконбаева.: Учебник КРСУ. 2016; С. 76-102.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Осмоналиева А.Т.

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

Резюме. Приведен обзор литературы о возможных механизмах, объясняющих причину нарушений внутриматочного капиллярного русла в климактерическом периоде, с последующим развитием маточного кровотечения. Обсуждены вопросы ультразвуковой диагностики, проведения оценки причин нарушения маточного кровотока у женщин с возрастными изменениями в позднем репродуктивном возрасте.

Ключевые слова: маточные кровотечения, толщина эндометрия, матка, ангиогенез.

КЛИМАКТЕРИКАЛЫК МЕЗГИЛИНДЕГИ АЯЛДАРДЫН ЖАТЫН КАН АГУУ УЧУРУНДАГЫ ЭНДОМЕТРИЙДИН УЛЬТРА ДОБУШТУК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Осмоналиева А.Т.

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

Корутунду. Мүмкүн болуучу механизмдер жөнүндө келтирилген сереп адабият, климактерикалык мезгилиндеги тамырларынын бузуулар, андан кийин жатын кан агуу, себебин түшүндүрөт. Ультра добуштук изилдөөнүн маселелери талкууланды, аялдардын кийинки репродуктивдик курактык өзгөрүүлөрү менен, бузуу себебин аныктоо, баалоо жүргүзүү.

Негизги сөздөр: жатын кан агуу, эндометрийдин калыңдыгы, жатын, ангиогенез.

ULTRASONIC INDICATORS OF ENDOMETRIAL UTERINE BLEEDING IN WOMEN IN MENOPAUSE

Osmonaliev A.T.

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

Resume. A review of the literature on the possible mechanisms that explain the cause of intrauterine disorders of the capillary bed in menopause, with the subsequent development of uterine bleeding. It is discussed the questions issues of ultrasonic diagnosis, assessment causes of the violation of uterine blood flow in women with age-related changes in the later reproductive years.

Keywords: uterine bleeding, endometrial thickness, uterus, angiogenesis.

Маточные кровотечения в климактерическом периоде являются одной из наиболее частых причин обращения пациенток старше 48 лет к гинекологу. Маточные кровотечения в пременопаузе называют климактерическими, что подчеркивает их связь с возрастными изменениями в позднем репродуктивном возрасте.

В настоящее время, в ранней диагностике, широкое распространение получила высокоразрешающая трансвагинальная эхография и доплерография, которые повышают уровень ранней выявляемости добро- и злокачественных заболеваний матки, в том числе гиперпластические заболевания эндометрия. Маточные кровотечения в пременопаузальном периоде часто связаны с органической патологией: аденокарциномой эндометрия, миомой, полипом, эндометриозом тела матки (аденомиоз), гормонально-активными новообразованиями яичников. В пременопаузальном возрасте частота перечисленной патологии резко возрастает, а дисфункциональный характер кровотечений может быть обусловлен возрастной ановуляцией. В то же время органическая патология может сочетаться с гиперплазией эндометрия, и патогенез кровотечения имеет комбинированный характер. В периоде менопаузального перехода у пациенток с ненарушенными циклическими изменениями в эндометрии наблюдается ангиогенез. В течение нормального менструального цикла ангиогенез в эндометрии регулируется эстрадиолом и прогестероном [1].

По мнению В.Н. Демидова и А.И. Гуса, [2],

ультразвуковое исследование эндометрия следует осуществлять в первые три дня после окончания менструации. В норме в это время эндометрий должен быть полностью однородным и гипоехогенным. Также известно, что при ультразвуковой диагностике уделяют особое внимание определению увеличения величины срединного маточного эхо - М-эхо (максимальный передне-задний размер отражения от эндометрия и стенок полости матки).

По данным Зыкина Б.И., толщина нормального эндометрия в репродуктивном периоде на 5-7 день менструального цикла в норме составляет $5,3 \pm 0,49$ мм, а в постменопаузе, в первые 5 лет, - $3,2 \pm 0,37$ мм [3]. Другого мнения придерживается Струков А.В. и соавт. [4], которые указывают, что в стадии ранней пролиферации на 5-7 дни менструального цикла эндометрий имеет толщину 6-9 мм. По данным Демидова В.Н. и соавт. [2] на 5-7 день менструального цикла его толщина колеблется от 3 до 6 мм.

По мнению большинства зарубежных и некоторых отечественных специалистов, толщина М-эхо в постменопаузе, в первые 5 лет, не превышает 5 мм [5]. Превышение возрастных нормативов М-эхо расценивается как гиперплазия эндометрия. [6,7]. По данным Botsis и соавт. [8] средняя толщина эндометрия при гиперплазиях составляет 9,5 мм, а в исследованиях Б.И.Зыкина [3] эндометриальная гиперплазия характеризуется толщиной М-эхо $15,3 \pm 2,96$ мм. Кекге и соавт. [9] считают средней толщиной эндометрия при раке показатель М-эхо $12,6 \pm 5$

мм.

Состояние эндометрия при ациклическом (дисфункциональном) маточном кровотечении характеризуется значительным разнообразием, что часто служит причиной затруднений в постановке этого диагноза. Наличие пролиферативных, гипопластических или неполноценных секреторных превращений эндометрия свидетельствует в пользу дисфункциональных процессов в матке в пременопаузальном возрасте. Показатели кровотока при доброкачественных гиперпластических процессах эндометрия характеризовались низкой скоростью и достаточно высокой резистентностью.

V. Phillipsetal. [10] считают, что значение гиперэстрогении как необходимого условия для развития гиперплазии эндометрия неоспоримо, при этом под термином «гиперэстрогения» подразумеваются не только концентрация эстрогенов, но и длительность их воздействия на органы-мишени, даже при нормальном их уровне в крови, но в отсутствие антипролиферативных прогестероновых влияний.

В исследованиях И. В. Кузнецовой и соавт. [11] отмечено, что гиперплазия эндометрия наблюдается на фоне повышения уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), отражающего снижение эстрогенпродуцирующей функции яичника. Работы D. Charnock-Jonesetal., G. Krikunetal. [12,13] показали, что рецепторы эстрогенов и прогестерона присутствуют во внутриматочном эпителии, в железистом эпителии, стромальных и сосудистых эндотелиальных клетках. По мнению M. Hickeyetal. [14], каждый из компонентов слизистой оболочки матки отдельно или в комплексе может быть вовлечен в МК. Окончательная причина кровотечения – сосудистая (капиллярная) дисфункция.

Так A. Kurjak и соавт [15] считают, патогномичным для РЭ толщину эндометрия >8 мм в перименопаузе, и >5 мм в постменопаузе. S. S. Suchocki и соавт. [16] не обнаружили ни одного случая рака или гиперплазии при толщине эндометрия <5мм, что позволило им рекомендовать этот показатель для скрининга. Ряд авторов обращают особое внимание на весьма низкую специфичность утолщения эндометрия, как критерия РЭ.

Так по данным Suchocki S и соавт. [16] у пациенток с постменопаузальными кровотечениями толщина эндометрия составила: 6.2 мм при атрофии эндометрия, 12.4 мм при простой гиперплазии, 13.4 мм при комплексной гиперплазии, 14.1 мм при карциноме. Авторы не обнаружили достоверных отличий в толщине эндометрия между группами с гиперплазией и карциномой. При этом средний возраст больных с карциномой был достоверно выше (62 года). Вакоинг и соавт. [17], используя толщину эндометрия 4 мм, как критерий малигнизации, смогли диагностировать карциному эндометрия. Авторы приходят к выводу, что у женщин с постменопаузальным кровотечением толщина эндометрия <4 мм позволяет с высокой вероятностью исключить вероятность карциномы, однако толщина 4 мм не добавляет значимой информации о наличии или отсутствии малигнизации.

Внутриматочная патология, занимая ведущее место в структуре гинекологической патологии, в период постменопаузы служит фоном для возникновения рака

эндометрия (Гилязутдинова Ш.З., 2000; Бреусенко В.Г. и соавт., 2003) [18].

Как отмечает Б.И. Зыкин [3], при РЭ-I у 100% больных выявлялся интраэндометриальный кровоток в виде множественных, чаще хаотически расположенных цветовых локусов. Допплерометрические показатели характеризовались высокой скоростью и низкой резистентностью кровотока.

Приведенный выше обзор литературных источников свидетельствует, что в настоящее время не установлен конкретный патофизиологический механизм, объясняющий маточные кровотечения, что, вероятно, связано с индивидуальными особенностями каждой женщины.

Несомненно, что широкое распространение высокоразрешающей трансвагинальной эхографии и доплерографии существенно поднимет уровень ранней выявляемости патологии эндометрия, и возможно снизит частоту необоснованных кюретажей у женщин с постменопаузальными кровотечениями.

Литература:

1. Зайдиева Я.З. МК в климактерии на фоне заместительной гормональной терапии: эффект прогестогенов // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – № 5. – С. 28-3.
2. Демидов В.Н., Гус А.И. Ультразвуковая диагностика гиперпластических и опухолевых процессов эндометрия В книге: Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / Под ред. Митькова В.В., Медведева М.В. Т. 3. М.: Видар, 1997. С. 175-201.
3. Б.И.Зыкин, Стандартизация доплерографических исследований в онкогинекологии // Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2001. 275.С.
- 4.С труков А.В. и соавт. Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии, 1992, №1, с.23-25],
5. Демидова В.Н. и соавт. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике, Т.3, под ред. В.В.Митькова и М.В.Медведева, Москва, Видар, 1997, с.120-122
6. М.В.Медведев, В.Л.Хохлин. Ультразвуковая диагностика. Обзор литературы, 1995, №3, с.14-20
7. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике, Т.3, под ред. В.В.Митькова и М.В.Медведева, Москва, Видар, 1997, с.120-129.
8. Botsis Kassanos D et al Vaginal zoography of the endometrium in postmenopausal women Clin. Exp. Obstet. Gynecol., 1992, 19, №3, p.189-92] 9.Kekre ANI, Jose R, Seshadri L Aust N Z J ObstetGynaecol. 1997 Nov;37(4):449-51. Transvaginal sonography of the endometrium in south Indian postmenopausal women
10. Phillips V., Graham C. T., Manek S., McCluggage W. G. The effects of the levonorgestrel intrauterine system (Mirena coil) on endometrial morphology.JClinPathol 2003; 56: 305-307.
11. Кузнецова И. В., Могиревская О. А., Якокутова М. В. и др. Дисфункциональные МК и простая гиперплазия эндометрия в перименопаузе: возможности гормональной коррекции // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2008. – № 5. – С. 70-74
12. Charnock-Jones D. S., Macpherson A. M., Archer D. F., Leslie S., Makkink W. K. et al. The effect of progestins on vascular endothelial growth factor, oestrogen receptor and progesterone receptor immunoreactivity and endothelial cell density in human endometrium. Hum Reprod2000; 15: Suppl 3: 85-95.
13. Krikun G., Schatz F., Taylor R., Critchley H. O., Rogers P. A. et al. Endometrial endothelial cell steroid receptor expression and steroid effects on gene expression. J ClinEndocrinolMetabol 2005;

90: 3: 1812-1818. J

14.Hickey M., Dwarte D., Fraser I. S. Superficial endometrial vascular fragility in Norplant users and in women with ovulatory dysfunctional uterine bleeding. *Hum Reprod* 2000; 15: 7: 1509-1514.

15.Kurjak A., Kupesic S., (Ed.) *An atlas of transvaginal color Doppler. Second edition.* // The Parthenon publishing group. New York. London. 2000. P.161-178.

16.Suchocki S., Luczynski K., Szymczyk A., Jastrzebski A., Mowlik R. Evaluation of endometrial thickness by transvaginal ultrasonography as a screening method in early diagnosis of

endometrial cancer // *Ginekol-Pol.* 1998 May., 69(5): 279-82.

17.Bakour SH., DwarakanathLS., Khan KS., Newton JR., Gupta JK. The diagnostic accuracy of ultrasound scan in predicting endometrial hyperplasia and cancer in postmenopausal bleeding // *ObstetGynecol Scand.* 1999 May., 78(5): 447-51.

18. Гилязутдинова З.Ш. Гиперпластические процессы эндометрия З.Ш. Гилязутдинова, М.К. Михайлова // *Онкогинекология: рук-во для врачей.* М. МЕДпресс. - 2000. - С.205-215.

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

ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНЫМ
ТЕЧЕНИЕМ КЛИМАКТЕРИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Теппеева Т.Х., Мусуралиев М.С., Тулебеков Б.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Кафедра акушерства и гинекологии № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. У женщин Кыргызстана имеющих патологический климактерический синдром, регистрируются существенные нарушения в гуморальном звене иммунитета: повышение уровня IgM, свидетельствующее о системных нарушениях элиминации антигенных комплексов и развитии предрасположенности к аутоиммунной агрессии, снижение иммуноглобулина А об угнетении локального иммунитета слизистых оболочек.

Ключевые слова: патологический климактерий, климактерический синдром, иммунитет, гуморальный иммунитет, иммуноглобулины М, иммуноглобулины А, В лимфоциты.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КЛИМАКТЕРИЙ СИНДРОМУНУН АР ТҮРДҮҮ АГЫМДАРЫ
МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДАРДЫН ИММУНИТЕТИНИН ГУМОРАЛДЫК
ЗВЕНОСУНУН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Теппеева Т.Х., Мусуралиев М.С., Тулебеков Б.Т.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 акушерство жана гинекология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Климакс синдромуна жабыркаган Кыргызстандын аялдарынын иммунитетинин гуморалдык звеносунда төмөнкү олуттуу бузулуштар белгиленет: IgM деңгээлинин жогорулашы, антигендик комплекстеринин элиминациясынын бузулушун аныктайт жана аутоиммундук агрессиянын өсүүсүнө шарт түзөт, А иммуноглобулиндин төмөндөшү былжыр кабыктарынын локалдык иммунитетинин басаңдатуусуна алып келет.

Негизги сөздөр: патологиялык климактерий, климакс синдрому, иммунитет, гуморалдык иммунитет, М иммуноглобулиндери, А иммуноглобулиндери, В лимфоциттер.

THE INDICES OF HUMORAL IMMUNITY COMPONENT IN WOMEN WITH DIFFERENT
COURSE OF CLIMACTERIUM LIVING IN KYRGYZSTAN

Терпеева Т.Х., Musuraliev M.S., Tulebekov B.T.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Obstetrics and gynecology chair № 1

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. In women of Kyrgyzstan with pathological climacteric syndrome, it is observed the significant disturbances in humoral immunity component: increase of Ig M level showing systemic disturbances of eliminations of antigen complexes and development of predisposition to auto – immune aggression, decrease of immunoglobulin A, and suppression of local immunity of mucous membranes.

Key words: pathological climacterium, climacteric syndrome, immunity, humoral immunity, immunoglobulinus M, immunoglobulinus A, lymphocytes B.

Актуальность.

По мнению многих исследователей, показатели иммунитета являются достаточно выразительной константой внутренней среды организма, нарушения которой позволяют судить о компенсаторных возможностях организма как при воздействии на него различных повреждающих факторов, так и при патологических состояниях [3, 5]. Особый интерес представляет изучение иммунных реакций в перименопаузальном периоде [1, 6]. При этом количество клеточных рецепторов иммунокомпетентных клеток не уменьшается, но связанные с ними процессы внутриклеточной передачи информации замедляются, снижается пролиферация иммунокомпетентных клеток и продукции ими цитокинов, нарушается соотношение клеточного и гуморального звеньев иммунитета [2, 3].

Гуморальное звено иммунитета представлено лимфоцитами В и иммуноглобулинами различных классов, которые очень тонко реагируют на различные изменения гомеостаза. Иммуноглобулины (Ig), выполняющие в организме функцию антител, синтезируются в

плазматическими клетками, которые являются конечным этапом дифференцировки В-лимфоцитов наступившей в результате антигенного стимула и хелперного сигнала [8]. Секреторный IgA, является важным агентом местного иммунитета, защищает слизистые оболочки как от поселения на них патогенных микроорганизмов, так и от проникновения последних во внутреннюю среду организма. Очень важным свойством IgM является привлечение ими фагоцитирующих клеток в места расположения антигена или в очаг инфекции и активация фагоцитоза. Опсонизируя антигенный раздражитель, в частности, микроорганизмы, и усиливая фагоцитоз, Ig M, с одной стороны снижают антигенную нагрузку, а с другой стороны, опсонизируя возбудитель - антиген, повышают продуктивность фагоцитоза. Основная биологическая функция иммуноглобулинов этого класса — защита организма от возбудителей инфекции и продуктов их жизнедеятельности за счет активации комплемента, опсонизация и активация фагоцитоза. Являясь, тимус зависимым, Ig G вырабатывается лишь при обязательном участие Т-лимфоцитов [7]. В наших исследованиях мы

предприняли попытку изучить состояние гуморального иммунитета у женщин с различным течением климактерия в условиях Кыргызской республики для определения иммунологических прогностических критериев.

Материалы и методы исследования.

Для определения роли иммунной системы у женщин в формировании патологического климактерия, мы изучили состояние гуморального звена иммунитета у 133 пациенток с патологическим течением климактерического синдрома. Для сравнения степени патологических сдвигов в системе иммунитета были обследованы 50 пациенток с физиологическим течением климактерия, которые составили группу контроля. Исследование иммунного статуса осуществлялось по состоянию гуморального иммунитета на основании определения уровня В-лимфоцитов и полифункциональных белков плазмы крови (иммуноглобулинов) по трем иммуноглобулинам А, G, М.

Результаты исследований.

Состояние гуморального иммунитета у женщин с различным течением климактерия. Гуморальные иммунные взаимодействия изучали на основании исследования В-системы иммунитета и иммуноглобулинов класса А, G и М.

У пациенток с патологическим климаксом (ПК) количество В-лимфоцитов было значительно ниже, чем у женщин в перименопаузе, не имеющих патологических симптомов. Аналогичным образом изменялся и уровень абсолютного числа В-лимфоцитов: $144,7 \pm 19,3$ и $187,5 \pm 16,9$

$\times 10^9$, соответственно.

Уровень иммуноглобулина класса М в группе пациенток с патологическим климактерием превышал показатели в группе женщин с физиологическим климактерием (ФК). С достоверной вероятностью можно предположить, что высокий уровень этого класса иммуноглобулинов опосредуется благодаря вторичной гранулопатии, которая, способствует нарушению процесса элиминации этого класса антигенов. Длительная циркуляция повышенных концентраций иммунных комплексов является предрасполагающим фактором развития аутоиммунных процессов [4].

Обратная тенденция прослеживается по отношению к иммуноглобулинам класса G - регистрируется снижение уровня IgG у женщин с патологическим климактерием, $P > 0,05$. Уровень иммуноглобулина А был ниже в группе женщин с ПК, по сравнению с женщинами с физиологическим течением климактерического периода ($134,1 \pm 11,2$ и $159,4 \pm 10,7$ мг% соответственно, $P < 0,01$). Сравнительный анализ показал, что более половины пациенток с патологическим климаксом (90/67,7%) имели пониженное содержание Ig A, что свидетельствует об угнетении локального иммунитета слизистых оболочек [1, 8].

Закключение.

Таким образом, у женщин, страдающих КС, регистрируются нарушения в гуморальном звене иммунитета. В частности, повышение уровня IgM,

Таблица 1.

Состояние гуморального звена иммунитета у женщин с различным течением климактерия

Показатели гуморального звена иммунитета	Группа женщин с патологическим климактерием, n=133	Группа женщин с физиологическим климактерием, n=50
В-лимфоциты, %	$6,0 \pm 0,7^{**}$	$8,04 \pm 0,56$
В-лимфоциты, абс. ч. В 1 мкл	$144,7 \pm 19,3^{**}$	$187,5 \pm 16,9$
Иммуноглобулины: М, мг %	$130,1 \pm 5,11^{**}$	$114,2 \pm 5,39$
Иммуноглобулины: G, мг %	$989,8 \pm 21,4$	$977,3 \pm 20,9$
Иммуноглобулины: А, мг %	$134,1 \pm 11,2^*$	$159,4 \pm 10,7$

Примечание: *достоверность различий - $p < 0,05$; ** - достоверность различий $p < 0,01$.

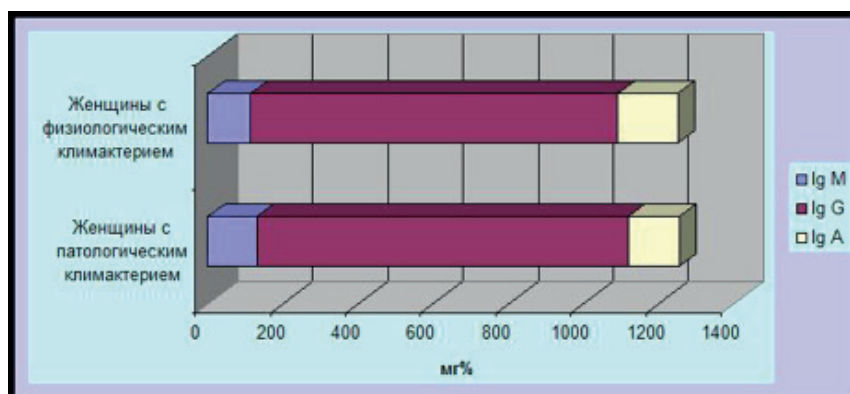


Рис.1. Уровень иммуноглобулинов у пациенток с различным течением климакса

свидетельствующее о системных нарушениях элиминации антигенных комплексов и развитии предрасположенности к аутоиммунной агрессии, следовательно, к более частой реализации инфекционно-воспалительных заболеваний. Выявленные нарушения в системе местного иммунитета повышают риск развития очагов хронической инфекции.

Литература:

1. Абрамова С.В. *Современные проблемы перименопаузальной патологии* / С.В. Абрамова, Е.С. Пятайкина. - Саранск: Изд-во Мордовского ун-та, 2002.- 172 с.
2. Бутенко Г.М. *Старение иммунной системы* / Г.М. Бутенко // Пробл. старения и долголетия- 2002. - Т. 7. - № 3. - С. 251-258.
3. Клещенко Е.А. *Иммунология бесплодия* / Е.А. Клещенко // Химия и жизнь. - 1999. - № 1. - С. 12-14.
4. Коркушко О.В. *Пептидные препараты тимуса и эпифиза в профилактике ускоренного старения* / О.В. Коркушко, В.Х. Хавинсон, Г.М. Бутенко // С. -Пб.-2002.-С. 31-51.
5. Павлов Н.А. *Иммунология репродукции: старые догмы и новые представления* / Н.А. Павлов, С.А. Сельсков С.А. // Журн. акушерства и женских болезней. - 2004. - №3. - С. 89-94.
6. Сметник В.П. *Медицина климактерия* / Под ред. В.П. Сметник. - Ярославль: ООО «Издательство Литера». - 2006. - 848 с.
7. Соколов Е.И. *Клиническая иммунология* / Под ред. Соколова Е.И. — М.: Медицина. - 1998.-С. 31-40.
8. Хаитов Р.М. *Иммунология* / Р.М. Хаитов, Г.А. Игнатьева, И.Г. Сидорович // М.: Медицина. - 2000. - 250 с.

ФЕТАЛЬНАЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Абдраманова Б.К., Тюркоглу Т., Асаналиев М.И.

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов

Клиника «Acibadem»

Бишкек, Кыргызская Республика

Кайсери, Турция

Резюме. В работе показаны результаты фетальной эхокардиографической диагностики врожденных пороков сердца и дана оценка ее приемлемости. Из 148 обследованных беременных женщин у 7 плодов выявлены сложные врожденные пороки сердца. Наш опыт фетальной эхокардиографической диагностики указывает на возможность рационально и оптимально выработать дальнейшую тактику в хирургическом лечении критических пороков сердца.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, фетальная эхокардиография, пренатальная диагностика, сложные пороки сердца.

ЖҮРӨК ТУБАСА ЖАЛҒОО ДАБАСЫНА ДИАГНОЗ КОЮУДА ФЕТАЛДЫК ЭХОКАРДИОГРАФИЯ

Абдраманова Б.К., Тюркоглу Т., Асаналиев М.И.

Жүрөк хирургия жана орган алмаштыруу боюнча илим изилдөө институту

«Acibadem» ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кайсери, Турция

Корутунду. Эмгекте феталдык эхокардиографиянын тубаса жүрөк жалгоолоруна диагноз коюудагы жыйынтыктары берилген. 148 боюнда бар аялды изилдөөдө 7 төрөлө элек ымыркайда оор тубаса жалгоосу табылган. Феталдык эхокардиографиялык изилдөө критикалык жүрөк жалгоолоруна операция жасоого чейин оптималдык жана рационалдык оперативдик тактиканы кабыл алууга көмөк көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жүрөк тубаса жалгоолору, феталдык эхокардиография, пренаталдык изилдөө, жүрөктүн оор жалгоолору.

FETAL ECHOCARDIOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF CONGENITAL HEART DISEASE

Abdramanova B.K., Turkoglu T., Asanaliev M.I.

Research Institute of Surgery and Organ Transplantation

«Acibadem» Hospital

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Kayseri, Turkey

Resume. This paper shows the results of fetal echocardiographic diagnosis of congenital heart disease and the evaluation of its admissibility. Of the 148 surveyed pregnant women in 7 fetuses it is revealed complex congenital heart disease. Our experience of fetal echocardiography indicates the possibility of rationally and optimally develop further tactics in the surgical treatment of critical heart defects.

Keywords: congenital heart defects, fetal echocardiography, prenatal diagnosis, complex heart defects.

Врожденные пороки развития (ВПР) в большинстве развитых стран выходят на первое место в структуре детской заболеваемости и смертности, половину из которых составляют врожденные пороки сердца (ВПС) [4, 6, 13, 17]. ВПС являются ведущей причиной младенческой смертности, частота которых колеблется от 4 до 13 случаев на 1000 живорожденных детей [2, 7, 9, 11, 15]. В Северной Америке причиной смерти 37-42% младенцев являются ВПС, в Западной Европе эти цифры достигают 45% [11, 14, 16, 17]. По данным НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, частота ВПС в России составляет 49,5% от всех пороков [4]. Согласно данным Республиканского медико-информационного центра Министерства здравоохранения в Кыргызской Республике ежегодно рождается более 1500 детей с ВПС, из них более 50% детей умирают на первом году жизни [10].

В периоде первого года жизни при естественном течении ВПС погибают более 70% детей [12, 15, 17], при этом до 52 % младенцев с ВПС умирают в периоде новорожденности [3, 5, 11, 17].

В настоящее время, благодаря прогрессу

сердечной хирургии, в большинстве случаев ВПС корригируются с благополучным исходом и прогнозом. Новорожденным с так называемыми «критическими» пороками сердца хирургическое вмешательство должно быть выполнено в первые часы или дни жизни [3, 5, 8, 11, 14].

С появлением новейших методов исследования стало возможным выявлять ВПС гораздо раньше – в утробе матери. Такой метод получил название «пренатальная» или «фетальная» эхокардиография (ЭхоКГ). Фетальная ЭхоКГ позволяет среди ВПС выделить «критические» пороки сердца, которые требуют незамедлительной хирургической коррекции [1, 2, 3, 11].

Большая распространенность ВПС несомненно обуславливает актуальность ее проблемы. Кроме того, с ростом частоты имеет место увеличению удельного веса тяжелых пороков сердца с неблагоприятным исходом уже в первые дни жизни [3, 7, 17].

Цель исследования – оценка результатов и приемлемости фетальной эхокардиографической диагностики ВПС.

Материал и методы исследования.

За период с мая 2012 по декабрь 2015 года в частной медицинской клинике «Кардиоцентр» г.Бишкек фетальное эхокардиографическое обследование сердца плода проведено 148 беременным женщинам. Исследование выполнялось по мере поступления беременных на обследование с целью определения сроков беременности и диагностики патологии сердца плода. Возраст их колебался от 18 до 38 лет. Срок гестации обследуемых 18 – 35 недель. ЭхоКГ проводилась на аппарате GE-Vivid-E и GE-Vivid S-5 экспертного класса.

Результаты и их обсуждение.

Из всех обследованных 148 беременных женщин сложные пороки выявлены у 7 плодов (4,73%). Это двухкамерное и трехкамерное сердце, полная форма атриовентрикулярного канала (АВК), в одном случае двойное отхождение сосудов (ДОС) от правого желудочка, в другом – ДОС от правого желудочка с транспозиционным расположением магистральных сосудов, в двух случаях – атрезия трехстворчатого клапана. Из них критическим считается двухкамерное сердце, ДОС от правого желудочка с транспозиционным расположением сосудов и атрезия трикуспидального клапана, требующие незамедлительной хирургической коррекции (2,7%).

В двух случаях, у 31-летней женщины с двухкамерным сердцем плода, выявленным на 30-ой неделе, и 18-летней с первой беременностью с атрезией трикуспидального клапана, выявленной на 23-ей неделе, были проведены искусственные роды для прерывания беременности по медицинским показаниям с получением информационного согласия на 32-ой и 26-ой неделе соответственно. Секционного исследования по религиозным соображениям не было. В настоящее время, для патологоанатомического подтверждения критического ВПС, проводятся организационные работы по обязательному патологоанатомическому вскрытию плода в случае прерывания беременности.

В одном случае, у женщины-первородки, 36 лет, родился ребенок с полной формой АВК, выявленным в пренатальном периоде на 32-ой неделе, сочетающейся с синдромом Дауна. Диагноз подтвержден и в раннем постнатальном периоде. Ребенку произведена радикальная хирургическая коррекция порока в Научно-исследовательском институте хирургии сердца и трансплантации органов (НИИХСТО) г.Бишкек. В настоящее время состояние ребенка со стороны сердечно-сосудистой системы удовлетворительное.

Судьба двух женщин 26-ти и 18-ти лет, обследованных на 25-ой и 20-ой неделе, с трехкамерным сердцем плода и ДОС от правого желудочка соответственно, не известна.

Двадцатилетняя беременная молодая женщина, у плода которой на 25-ой неделе было обнаружено ДОС от правого желудочка с транспозиционным расположением магистральных сосудов, в настоящее время наблюдается в специализированной женской консультации перинатального центра для оценки динамических изменений плода и определения срока

и способа родоразрешения и возможного выбора хирургической коррекции порока.

Женщина 28-ми лет, со второй беременностью и вторыми родами, родила в срок девочку с диагностированной на 26-ой неделе беременности атрезией трикуспидального клапана. Диагноз верифицирован после рождения и ребенок в настоящее время взят на Д-учет НИИХСТО для плановой хирургической коррекции порока.

К сожалению, на фетальное ЭхоКГ-обследование женщины приходят уже в поздние сроки, что было бы целесообразно перенести пренатальную диагностику сердца на более ранние сроки – 16-18-20 недели беременности.

Для принятия окончательных выводов, на основании наших немногочисленных наблюдений, необходимо дальнейшее накопление клинического опыта. Подробное изучение пренатальной диагностики ВПС, включая комплексное клиничко-функциональное обследование, тщательный сбор анамнеза, выявление факторов риска, анализ верификации диагнозов в постнатальном периоде интраоперационно или патологоанатомической экспертизе позволит разработать новые подходы к их профилактике и лечению.

Таким образом, анализ собственных данных показывает, что фетальная эхокардиография является эффективным методом дородовой диагностики критических пороков сердца. Последующее накопление опыта позволит успешно подобрать хирургическую коррекцию несовместимых с жизнью пороков сердца в раннем периоде жизни младенца, и кроме того, в зависимости от неблагоприятного постнатального прогноза снизит перинатальную и младенческую заболеваемость, инвалидность и смертность от критических и сложных ВПС.

Литература:

1. Бешиляга В., Лазоришинцев В. Эхокардиография в сердечно-сосудистой хирургии новорожденных // Доктор. – 2005. – № 2. – С. 52-55.
2. Верновский Г., Рубенштейн С. Давид. Дослідження в перинатології. Серцево-судинні захворювання у новонароджених. – К.: Молодь, 2004. – С. 5-96.
3. Зиньковский М., Лазоришинцев В., Руденко Н. Принципы лечения детей с врожденными пороками сердца // Доктор. – 2003. – № 2. – С. 23-25.
4. Ким А.И., Бокерия Л.А., Подзолков В.П., Ильин В.Н., Туманян М.Р. Сердечно-сосудистые заболевания у новорожденных: кардиологические и хирургические проблемы // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2003. – № 12. – С. 77-80.
5. Кондратьев В.А. Врожденные пороки сердца до и после операции // Таврический медицинско-биологический вестник. – 2005. – Т. 8, № 2. – С. 76-82.
6. Кнышов Г.В. Кардиохирургия в Украине: прошлое, настоящее, будущее // Серце і судини. – 2003. – № 1. – С. 8-14.
7. Осокина Г.Г., Абдулатипова И.В., Корсунский А.А. Структура заболеваемости и смертности у детей первого года жизни // Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / Под редакцией М.А. Школьниковой, Л.А. Кравцовой. – М.: ИД «Медпрактика», 2002. – С. 146-160.

8. Руденко Н.М., Малишева С.О., Ханенова В.А. та ін. Лікувальна тактика у дітей з природженими вадами серця // Нова медицина. – 2004. – № 4. – С. 62-63.

9. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца // М.: Теремок, 2005. – 381с.

10. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2010 году. – Республиканский медико-информационный центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. – Бишкек, 2011. – 319 с.

11. Botto L.D., Corea A. Decreasing the burden of congenital heart anomalies: an epidemiologic evaluation of risk factors and survival // *Prog. Pediatr. Cardiol.* – 2003. – Vol. 18. – P. 111–121.

12. Chaoui R. The four-chamber view: four reasons why it seems to fail in screening for cardiac abnormalities and suggestions to improve detection rate // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2003. – V. 22. – P. 3-10.

13. McBrien A., Sands A., Craig B. et al. Impact of a regional training program in fetal echocardiography for sonographers on the antenatal detection of major congenital heart disease // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2010. – V. 36 (3). – P. 279-284.

14. Medrano López C., Guía Torrent J.M., Rueda Núñez F. et al. Update on pediatric cardiology and congenital heart disease // *Rev. Esp. Cardiol.* – 2009. – V. 62. – 39-52.

15. Quartermain M.D., Glatz A.C., Goldberg D.J. et al. Pulmonary outflow tract obstruction in fetuses with complex congenital heart disease: predicting the need for neonatal intervention // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* – 2013. – V. 41 (1). – P. 47-53.

16. Rosano A., Botto L.D., Botting B. et al. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective // *J. Epidemiology. Community Health.* – 2000. – Vol. 54. – P. 660-666.

17. Simpson L.L. Screening for congenital heart disease // *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* – 2004. – V. 31. – P. 51-59.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Асаналиев М.И., Тюркоглу Т., Батыралиев Т.А.

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов

Южный региональный научный центр сердечно-сосудистой хирургии

Клиника «Acibadem»

Бишкек, Джалал-Абад, Кыргызская Республика

Кайсери, Турция

Резюме. Проведен анализ результатов 120 операций аортокоронарного шунтирования больным с коронарной болезнью сердца, произведенных в условиях искусственного кровообращения. Основную группу составили 56 пациентов, которым во время операции проводили управляемую реперфузию миокарда по разработанной нами методике. В контрольную группу вошли 64 больных, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда с традиционной защитой миокарда. Индекс реваскуляризации миокарда в группах составил $3,0 \pm 1,0$ и $2,7 \pm 0,8$ соответственно. Периоперационного инфаркта миокарда и госпитальной летальности в основной группе не было.

Ключевые слова: коронарная болезнь сердца, аортокоронарное шунтирование, искусственное кровообращение, защита миокарда.

ЖАСАЛМА КАН АЙЛАНУУ ШАРТЫНДА АОРТОКОРОНАРДЫК ТАМЫРЛОО ОПЕРАЦИЯЛАРЫНЫН НАТЫЙЖАСЫН ИЛИКТӨӨ

Асаналиев М.И., Тюркоглу Т., Батыралиев Т.А.

Жүрөк хирургия жана орган алмаштыруу боюнча илим-изилдөө институту

Түштүк регионалдык жүрөк-кан тамыр хирургия илимий борбору

«Acibadem» ооруканасы

Бишкек, Жалал-Абад, Кыргыз Республикасы

Кайсери, Туркия

Корутунду. Иликтөөгө жүрөктүн коронардык оорусу менен жабыркаган 120 бейтаптын жасалма канн айлануу шартында аортокоронардык тамырлоо операцияларынын натыйжасы берилген. Операция учурунда биз өзүбүз иштеп чыккан ыкма менен жүрөк булчундарына башкаруу жолу менен кайрадан канн жүгүртүү жолу менен жасалган 56 бейтаптын көрсөткүчтөрү негизги тайпаны түздү. Ал эми контролдук тайпаны операция учурунда адаттагыдай ыкма менен жүрөктүн булчундарынын канн айлануусун калыптандрууда жүрөк булчундарын традициялык жол менен корголгон 64 бейтаптын көрсөткүчтөрү түздү. Жүрөктүн булчундарынын канн айлануусун калыптандруу индекси негизги тайпада $3,0 \pm 1,0$, контролдук тайпада $2,7 \pm 0,8$ түздү. Негизги тайпада операция учурунда жана ооруканада жаткан учурда өлүм болгон жок.

Негизги сөздөр: жүрөктүн коронардык оорусу, аортокоронардык тамырлоо (айлантма салуу), жасалма кан айлануу, жүрөк булчундарын коргоо.

ANALYSIS OF RESULTS CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING WITH CARDIOPULMONARY BYPASS

Asanaliev M.I., Turkoglu T., Batyraliev T.A.

Research Institute of Surgery and Organ Transplantation

Southern Regional Research Center of Cardiovascular Surgery

«Acibadem» Hospital

Bishkek, Jalal-Abad, the Kyrgyz Republic

Kayseri, Turkey

Resume. There were analyzed the results of 120 operations coronary artery bypass grafting in patients with coronary heart disease, performed in cardiopulmonary bypass. The main group consisted of 56 patients during an operation it is carried out controlled reperfusion of the myocardium according to our methodology. The control group included 64 patients who underwent surgical myocardial revascularization with conventional myocardial protection. Myocardial revascularization index groups was respectively 3.0 ± 1.0 and 2.7 ± 0.8 . Perioperative myocardial infarction and hospital mortality were not in the main group.

Key words: coronary heart disease, coronary artery bypass surgery, cardiopulmonary bypass, myocardial protection.

По данным Всемирной организации здравоохранения, коронарная болезнь сердца (КБС) по-прежнему стоит на первом месте по распространенности, смертности и инвалидизации больных во всем мире [2]. Многочисленными исследованиями доказано, что одним из лучших направлений лечения КБС являются хирургические методы реваскуляризации миокарда, после которых происходит значительное улучшение качества жизни пациентов и становится возможным отказаться от антиангинальных лекарственных средств [1, 4].

Однако, несмотря на хорошие отдаленные результаты, оперативное вмешательство у больных с

КБС связано с высоким риском для их жизни. По данным различных авторов, послеоперационная летальность после аортокоронарного шунтирования (АКШ) составляет от 1,2-5,5%, а при осложненных формах КБС – до 11% [1, 2, 5]. Основной причиной смертельного исхода при АКШ является острая сердечная недостаточность, встречающаяся в 10-52% случаев [1, 4, 5].

Пережатие аорты приводит к снижению резистентности кардиомиоцитов к ишемии миокарда у больных с КБС, и так имеющих низкий уровень макроэргических фосфатов, тем самым повышая вероятность развития интраоперационных ишемических

и реперфузионных повреждений, что подтверждается высоким числом периоперационных инфарктов миокарда, составляя, по данным различных авторов, 7,6-15,4% [1, 3, 4, 5].

Кроме того, после снятия зажима с аорты, когда еще не наложены проксимальные анастомозы и не пущен кровоток по шунтам, восстановительный период становится наиболее критическим для миокарда, находясь в высшей точке ишемии за весь период операции [3]. В этот период, когда происходит развитие комплекса реперфузионных реакций, усугубляющих миокардиальные повреждения, сердечная мышца нуждается в энергетических субстратах как для восстановления поврежденных клеточных структур, так и для восстановления контрактильной функции.

Пациентов с КБС следует относить к группе повышенного риска в развитии интраоперационных ишемических повреждений миокарда, что требует поиска дополнительных мероприятий для повышения эффективности интраоперационной защиты миокарда во время АКШ.

Таким образом, обеспечение высокоэффективной защиты миокарда как во время хирургической ишемии, связанной с окклюзией аорты, так и на ранних этапах восстановления кровообращения в миокарде, является важнейшим фактором, определяющим успех АКШ у больных с КБС.

Цель исследования – оценить эффективность метода интраоперационной защиты миокарда в восстановительном периоде после глобальной ишемии миокарда у пациентов во время аортокоронарного шунтирования.

Материал и методы исследования.

В исследование включены 120 пациентов с КБС, перенесших операции АКШ в условиях искусственного кровообращения (ИК). Основную группу составили 56 пациентов, которым во время операции, помимо традиционной миокардиопroteкции, проводили дополнительную управляемую реперфузию миокарда по разработанной нами методике. В контрольную группу вошли 64 больных, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда с традиционной защитой миокарда.

Возрастной и гендерный показатели в обеих группах были практически одинаковыми. Возраст пациентов колебался от 40 до 76 лет. Большинство прооперированных пациентов составили мужчины – 107 (89,17%), женщин было 13.

По степени распространенности атеросклероза различий в группах не было. Преобладали пациенты с трех- и многососудистым поражением коронарных артерий – 93 исследуемых (77,5%). С двухсосудистым поражением коронарного русла было 27 (22,5%). Пациентов с однососудистым поражением коронарного русла в исследование не включали.

Из всех обследованных 106 пациентов (83,33%) были со стабильной стенокардией напряжения III-IV функционального класса по классификации Канадской ассоциации кардиологов, 12 оперированных с нестабильной стенокардией (10,0%), и два случая с ранней

постинфарктной стенокардией (1,67%). Хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов отмечена в 91,67%.

В основной группе большему количеству реваскуляризации миокарда подверглись 7 больных (12,5%) – 4 шунта. Трех- и двухсосудистое шунтирование произведено в 37 (66,07%) и 12 случаях (21,43%) соответственно.

Во второй, контрольной, группе четырехсосудистое АКШ произведено 7 пациентам (10,94%), трех- и двухсосудистое шунтирование – в 40 (62,5%) и 16 (25,0%) случаях соответственно.

Всем пациентам основной и контрольной групп, подвергшимся аортокоронарному шунтированию, была произведена полная реваскуляризация миокарда. Индекс реваскуляризации миокарда в группах составил $3,0 \pm 1,0$ и $2,9 \pm 0,7$ соответственно.

До операции проводили общеклинические и специальные исследования, такие как: коронароангиографическое исследование, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), ультразвуковая доплерография сосудов шеи и нижних конечностей, обзорная рентгенография органов грудной клетки. Контрольным исследованием в послеоперационном периоде, помимо общеклинических, послужили ЭКГ и ЭхоКГ.

Результаты и их обсуждение.

В связи с особенностями ишемических и реперфузионных изменений в миокарде у пациентов с КБС, оперированных в условиях искусственного кровообращения, разработан патогенетически обоснованный метод защиты миокарда. Особое внимание предлагаемой нами методики уделено защите миокарда на реперфузионном периоде, особенно после длительного пережатия аорты.

Наша стратегия защиты миокарда, помимо традиционной антеградной (в корень аорты) кровяной фармакохолодовой (4°C) гиперкалиевой кардиоплегии каждые 15-20 минут во время окклюзии аорты, заключалось в фармакохолодовой кардиоплегии, подаваемые в шунты после каждого сформированного дистального анастомоза, и в проведении управляемой реперфузии миокарда путем подачи кровяной теплой (37°C) бескальевой кардиоплегии в сформированные шунты на этапе «перед разжатием аорты». Подача крови в шунты происходило в гемодинамически щадящем режиме под давлением 50-60 мм.рт.ст. Использование представленной методики теплой бескальевой кардиоплегии было направлено на быстрое согревание миокарда.

Длительность операций у пациентов основной группы, составила в среднем $186,3 \pm 22,5$ минут, где время ИК длилась $79,3 \pm 19,8$ минут, время окклюзии аорты – $56,5 \pm 16,7$ минут.

Продолжительность операций коронарного шунтирования у больных контрольной группы составила в среднем $264,8 \pm 24,9$ минут, длительность ИК и пережатия аорты – $98,7 \pm 20,7$ и $60,2 \pm 19,4$ минут соответственно.

Таким образом, шунтовая кровяная теплая бескальевая кардиоплегия обеспечивает более

быстрое восстановление адекватной гемодинамики в постокклюзионном периоде.

В основной группе, на этапе снятия зажима с аорты у 54 (96,43%) из 56 пациентов наблюдалось самостоятельное восстановление сердечной деятельности, у двоих пациентов (3,57%) фибрилляция желудочков развилась в реперфузионном периоде. Кардиотоническая поддержка понадобилась у троих пациентов (5,36%), у одного из которых продлилась до трех суток (1,78%). Госпитальной летальности не было.

В контрольной группе, после разжигания аорты у 9 (14,06%) из 64 восстановление сердечной деятельности наблюдалось после развития фибрилляции желудочков, еще у троих (4,69%) в периоде реперфузии наступила пароксизмальная желудочковая тахикардия и фибрилляция сердца. Всем им потребовался однократный разряд дефибрилляции. Инотропная стимуляция кардиотоническими препаратами потребовалась в 11 случаях (17,19%). Из них у 6 пациентов (9,38%) в связи с развитием острой сердечной недостаточности дозы тоников были увеличены. Умерли трое пациентов (4,69%).

Проведение управляемой реперфузии оказывает положительное влияние на течение постокклюзионного периода во время АКШ, увеличивая частоту спонтанного восстановления и уменьшая частоту развития фибрилляции (по сравнению с традиционной методикой) после снятия зажима с аорты. Это проявилось достоверным снижением потребности в дефибрилляции для восстановления ритма сердца, уменьшением частоты развития тяжелых нарушений ритма, таких как пароксизмальная желудочковая тахикардия и повторная фибрилляция, снижением необходимости применения кардиотонических препаратов для отхода от ИК.

При разработанной методике снижается частота использования инотропной стимуляции в 3-4 раза, по сравнению с традиционной, на этапе восстановления

сердечной деятельности и частота развития послеоперационной острой сердечной недостаточности уменьшается в 5 раз.

Выводы.

Представленный нами метод коррекции течения реперфузионных процессов в миокарде позволяет повысить надежность миокардиопротекции при АКШ в условиях ИК, снизить частоту развития интраоперационных повреждений миокарда, реперфузионных аритмий и депрессии сократительной функции миокарда на этапах восстановления после длительной окклюзии аорты.

Использование теплой кровяной бескальциевой кардиopleгии на этапе восстановления кровообращения миокарда является эффективным способом защиты миокарда у больных с КБС, перенесшим хирургическую реваскуляризацию миокарда в условиях ИК.

Адекватная миокардиопротекция во время операции АКШ определяет благоприятное течение раннего послеоперационного периода и непосредственно влияет на частоту развития периоперационных инфарктов миокарда и уровень госпитальной летальности.

Литература:

1. Акчурина Р.С., Ширяев А.А., Бранд Я.Б. Хирургия коронарных артерий – крайности и алгоритмы реваскуляризации // *Грудная и сердечнососудистая хирургия*. 2001. - №2. - стр. 13-7.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Тенденции развития кардиохирургии в 2007 году // *Сб. тезисов XIV Всероссийского съезда сердечно-сосудистых хирургов. Сердечно-сосудистые заболевания*. – М., 2008. – Т. 9, № 6. – С. 3-4.
3. Пиданов О.Ю. Защита миокарда при аортотомии // *Автореф. дисс. Канд. Мед. Наук*. – Новосибирск, 2002. – 174 с.
4. Athanasuleas C.L., Buckberg G.D. // *Surgery for the failing heart after myocardial infarction*. // *Anadolu Kardiyol Derg*- 2008; 2:93-100.
5. Wheatley D.J. *Surgery of coronary artery disease*. London, 2003.-404-139 p.

МИКРОЯДЕРНЫЙ ТЕСТ – В КАЧЕСТВЕ СКРИНИНГА В ОНКОЛОГИИ

Талайбекова С.Т.

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

Резюме. Данная статья посвящена исследованию хромосомных aberrаций у онкологических больных с помощью микроядерного теста. Рост онкологических заболеваний требует всестороннего исследования. В статье приводится метод исследования клеток буккального эпителия и приводится сравнительная характеристика основной и контрольной групп больных.

Ключевые слова: микроядра, онкология, буккальный эпителий, скрининг

МИКРОЯДРОЛУК ТЕСТТИН ОНКОЛОГИЯДА СКРИНИНГ КАТАРЫ КОЛДОНУЛУШУ

Талайбекова С.Т.

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

Корутунду. Макала онкологиялык бейтаптардын хромосомдорунун өзгөрүүлөрүн микроядролук тесттин жардамы менен изилдөөгө арналган. Онкологиялык оорулардын өсүп жатышы бул ооруларды ар тараптан талап кылат. Статьяда жаак эпителийдин клеткаларын изилдөө ыкмалары баяндалат жана изилденген негизги жана көзөмөлдөгү топторго кирген бейтаптардын микроядролорунун салыштырмалуу мүнөздөмөсү көрсөтүлөт.

Негизги сөздөр: микроядро, онкология, жаак эпителий, скрининг.

MICRONUCLEUS TEST - AS A SCREENING IN ONCOLOGY

Talaibekova S.T.

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

Resume. This article is devoted to the study of chromosomal aberrations in oncological patients using the micronucleus test. The growth of cancer disease requires a comprehensive analysis. The article provides a method for studying the buccal epithelial cells and provides comparative characteristics of primary and control group of patients.

Key words: micronucleus, oncology, buccal epithelium, screening.

Изучены хромосомные aberrаций у онкологических больных. Выявлено превышение количества микроядер по отношению к контрольной группе и наличие патологических трансформаций, что свидетельствует о возможности использования подсчета микроядер буккального эпителия в качестве экспресс теста для выявления лиц групп риска в отношении неопластических процессов.

Актуальность.

В современном мире развитие техники, промышленности все больше приводит к росту физических, химических канцерогенов которые влияют на генетический аппарат человека и приводят к возникновению онкологических заболеваний.

С каждым днем растет количество людей с онкологическими заболеваниями, обращающимися с поздними формами неопластических процессов (по данным ВОЗ, 2012год)

Одним из методов оценки мутагенного влияния окружающей среды является, экспресс анализ частоты хромосомных aberrаций в различных клетках с помощью микроядерного теста.

Актуальность исследований, включающих идентификацию и регистрацию клеток, имеющих в своем составе микроядра, объясняется тем, что данные структуры часто встречаются при различных заболеваниях и в результате изменения условий существования организма, что позволяет использовать их в качестве своеобразного маркера патологических изменений в организме. Проведение исследований, касающихся изучения процессов формирования микроядер, следует считать одним из важных вопросов

биологии и медицины. При обследовании населения высокий уровень частоты клеток с микроядрами может быть показателем различных патологических состояний организма: предраковых и раковых заболеваний [5].

Данный тест сравнительно новый и пока что не используется обширно. С помощью теста можно контролировать контакт с тем или иными веществами. Преимущества данного теста:

- возможность проводить прижизненный не инвазивный скрининг;

- возможность проведения в тканях с низкой митотической активностью

- по сравнению с другими тестами, данный тест более краткосрочный, доступный и более дешевый, что экономически выгодно. [4]

Микроядерный тест позволяет оценивать действия комплекса мутагенных факторов у лиц проживающих в загрязненной территории. [3]

Микроядра - могут быть результатом потери центромерного участка хромосомы, нарушения веретена деления, патологического митоза или результатом первой стадии дробления ядра(кариорексис) при апоптической гибели клеток. [1]

Цель данной работы заключена в определении процентного соотношения клеток, имеющих микроядра у онкологических больных и здорового населения, для установления возможности применения его в качестве скрининг теста.

Материал и методика.

Основным объектом для проведения микроядерного теста является эпителии слизистых оболочек. При проведении микроядерного теста предпо-

тительным материалом для исследования является буккальный эпителий т.к его взятие наиболее безопасно, безболезненно и не травматично

В качестве объекта исследования стали 16 онкологических больных абдоминального отделения НОЦКР (12 женщин, 4 мужчины, в возрасте от 23-80). Образцы буккального эпителия получали одноразовым шпателем и наносили на предметное стекло тонким слоем. Окраска проводилась красителем азур-эозином и с последующей обработкой в термостате при 37°C в течении 20-30мин. Препараты дифференцировали слабым раствором уксусной кислоты (1мл 1% уксусной кислоты на 100мл воды). В результате: ядра клеток окрашиваются в

темно синие цвета, цитоплазма в розовый цвет. [2]

Анализ препаратов проводили под микроскопом «БИОЛАМ ЛОМО» при увеличении 8*0,20. Микроядра идентифицировали как хроматиновые округлые тела с гладким непрерывным краем, размером не более 2/3 ядра, (рис 1) лежащие отдельно от ядра и находящийся в одной плоскости с ядром. Также при исследовании выявлялись двуядерные клетки и фрагментации ядер (рис. 3.) и апоптозные тела (рис 4.) [1][3]

Статистическую обработку проводили с помощью программы "Statistika".

Результаты и обсуждение.

Как показали результаты (рис. 5.) у лиц основной



Рис 1. Буккальный эпителий. Стрелками указаны микроядра

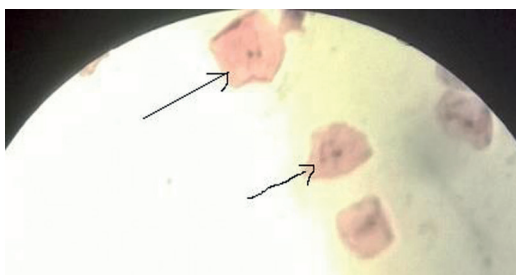


Рис 2. Буккальный эпителий с микроядром

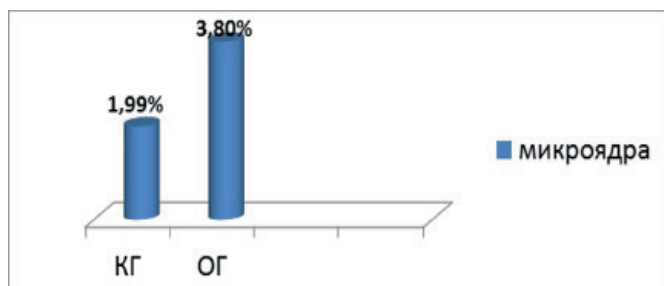


Рис 3. Количество микроядер основной и контрольной группы.
(КГ-контрольная группа, ОГ-основная группа)

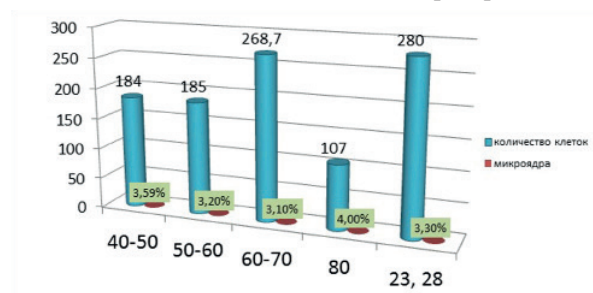


Рис 4. Содержание микроядер буккального эпителия у больных с онкологическими заболеваниями в зависимости от возраста

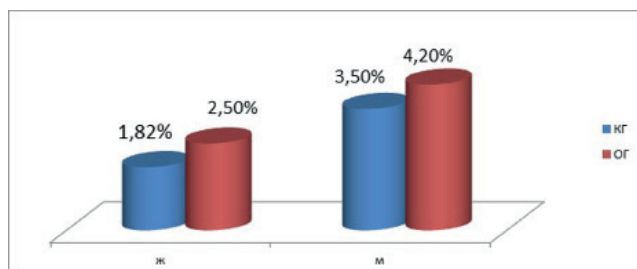


Рис 5. Содержание микроядер буккального эпителия контрольной и основной группы, в зависимости от пола

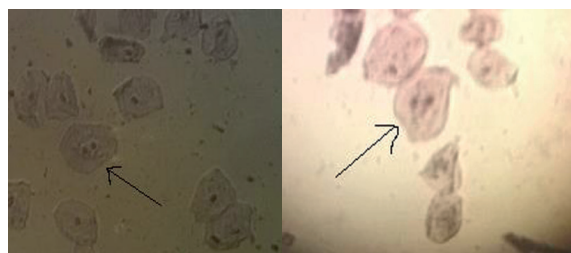


Рис 7. Клетка с апоптозными телами



Рис 6. Двуядерные клетки

группы общее количество микроядер превышало показатели контрольной группы на 90,95% ($P<0,05$)

Это может свидетельствовать о воздействии значимых групп этиологических факторов, способствующих образованию микроядер и злокачественных новообразований. Или же возможно именно эти микроядра способствуют образованию опухолевых клеток. Так как микроядра в данном случае могут служить маркерами новообразований.

В зависимости от возраста (рис. 6.) обследуемых частота встречаемости микроядер существенных различий не дает ($R>0,05$). За исключением в возрасте 80 лет, где процентное соотношение (4,00%) немного превышало другие возрастные группы.

Даже при малом количестве обследуемых мужчин по сравнению с женщинами - и в основной и контрольной группах, анализ показал что у мужчин в отличие от женщин наличие микроядер имеет тенденцию к увеличению (в контрольной группе у мужчин на 92,30% больше, а в основной группе у мужчин на 68% больше), что возможно свидетельствует о том что мужчины дополнительно и чаще подвергались вредными для организма веществам и контактировали с ними (сигареты, злоупотребление алкоголем ...)

Также при исследовании мазков основной группы, кроме микроядер выявлялись генетические нарушения, в виде двуядерных клеток, фрагментации ядер (рис 6) и апоптотные тела (рис. 7). [1][3]

Выявление данных нарушений свидетельствует о нестабильности генетического аппарата вследствие различных этиологических воздействий. Частота появления двуядерных клеток может увеличиваться при наличии предопухолевых процессов. [1]

Выводы:

Результаты исследования показали что количество микроядер у онкологических больных, превышает количество микроядерных клеток контрольной группы. При этом у мужчин частота встречаемости микроядер больше, по сравнению с женским полом. Превышение числа микроядер у онкологических может свидетельствовать о действии экологически вредных факторов на развитие онкологического заболевания.

Определение цитогенетического статуса позволяет выявить группы риска по развитию онкологических заболеваний и может использоваться как скрининговый тест для ранней донозологической диагностики злокачественных новообразований.

Литература:

1. Джамбетова Петимат Махмудовна. Генетические последствия загрязнения окружающей среды нефтепродуктами в Чеченской республике., 2014.,; стр 24-26, 30
2. В.Н.Калаев, В.Г.Артюхов, М.С.Нечаева. Частота встречаемости клеток с морфологически аномальными ядрами в буккальном эпителии человека при разных способах окрашивания. Цитология Том 54, №1, 2012.; стр 79;
3. Д.А.Петрашева, Н.К.Белишева, И.И.Пелевина, Н.А.Мельник, Ф.Зольцер. Генотоксические эффекты в буккальном эпителии горняков, работающих в условиях облучения в природными источниками ионизирующего излучения. Известия самарского научного центра РФ, том 13, №1(7), 2011; стр 1794;
4. Колмакова Т.С, Белик С.Н, Моргуль Е.В, Севрюков А.В. Использование микроядерного теста для оценки эффективности лечения аллергии у детей. 2013; стр 8;
5. Ловачева, О.В. Значение определения частоты ядерных протрузий в клетках бронхиального эпителия для дифференциальной диагностики туберкулеза и опухолей легких. / О.В. Ловачева, Л.П. Сычева, Г.В. Евгущенко и др. // Медицинская генетика. - 2005. - Т.4. - №5. - с.220

СТАФИЛОКОККОНОСИТЕЛЬСТВО СРЕДИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**Бармакова А.М., Адамбеков Д.А., Рамазанова Б.А., Буркитбаева Д.Б.**

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Были обследованы студенты - медики различных курсов на носительство стафилококка. Среди 463 обследованных стафилококконосительство составило 65,2 %. Распространенность носительства стафилококков среди студентов-медиков зависела от курса обучения. Носительство на старших курсах было примерно в 2 раза выше, чем на младших.

Ключевые слова: микрофлора, носоглотка, студенты-медики

STAFILOCOCCUS CARRIER AMONG MEDICAL STUDENTS**Barmakova A.M., Adambekov D.A., Ramazanova B.A., Burkitbaeva D.B.**

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. Among investigated students *S. aureus* bearing was confirmed in 65,2% of causes. Spreading of bearing among students depends on curriculum. Number of carriers at senior course was in 2 times above approximately, than on younger.

Keywords: microflora, nasopharynx, students-physicians.

Введение.

Здоровье учащихся высших образовательных учреждений в настоящее время является социально-значимым показателем медико-демографической характеристики населения, так как частая заболеваемость приводит к уменьшению эффективности учебной, а впоследствии, и профессиональной деятельности. [1,8,9,10,11,12,14].

Среди проблем современной медицины болезни верхних дыхательных путей занимают одно из ведущих мест в связи с их большой распространенностью, тенденцией к более тяжелому течению, определенными трудностями в лечении и реабилитации детей с этой патологией. Большинство авторов подчеркивается возрастающая роль заболевания верхних дыхательных путей в структуре заболеваемости студенческого возраста, с преобладанием поражения органов дыхания. [1,8,9,10,11,12,14].

Таким образом, в течение последних нескольких лет исследователи обращают внимание на необходимость сохранения и укрепления здоровья студентов, одновременно указывая на ряд трудностей, к которым относят: специфичность и широкий спектр представленности данной социальной группы (гуманитарные и технические ВУЗы, срок и форма обучения и т.п.); динамичность факторов риска и их зависимость от региональных условий. [3]

Одним из этиологических факторов, влияющих на развитие респираторных заболеваний верхних дыхательных путей, являются стафилококки. По данным многих авторов у больных респираторным заболеванием обнаруживаются специфические антистафилококковые иммуноглобулины Е, что указывает на роль стафилококковой инфекции в патогенезе острых респираторных заболеваний респираторного тракта. [13,14]

По мнению, авторов в настоящее время наблюдается рост числа носителей стафилококка.

Постоянная бактериальная обсемененность носоглотки стафилококком способствует сенсibilизации, которая утяжеляет течение респираторных заболеваний, снижает эффективность неспецифической и специфической терапии. Большой интерес представляет изучение стафилококкового бактерионосительства у студентов часто и длительно болеющих респираторными

заболеваниями, как студентов «группы риска» по развитию респираторного заболевания, а также при посещениях клинических кафедр данные студенты могут быть источниками внутрибольничных инфекций. [13,15, 17]

По единодушному мнению, исследователей основным биотопом стафилококка является слизистая оболочка носа, где персистенция стафилококка протекает в виде носительства. [1,8,9,10,11,12,14].

Следствием подобной ситуации можно считать фрагментарность научных изысканий, а также отсутствие единой комплексной программы исследований. Это, с одной стороны, не позволяет своевременно выявлять общие (для всей учащейся молодежи) и специфические (например, для студентов медицинского ВУЗа) факторы риска, а также особенности социально-гигиенических и медико-биологических характеристик, непосредственно влияющих на состояние здоровья студентов, с другой - дать научно обоснованную медико-социальную оценку состоянию здоровья и определить пути совершенствования организации медицинской помощи студентам конкретного высшего учебного заведения. [4,5,7]

В связи с частым выявлением внутрибольничных инфекций, особого внимания заслуживает изучение здоровья студентов-медиков будущих медицинских работников страны. Состояния их здоровья вызывает серьезное беспокойство, в связи с их непростыми условиями проживания общежитиях, длительностью и сложностью программ обучения. К тому же, и это немаловажно, тесный контакт обучающихся способствует передаче друг другу ряда инфекции, в том числе стафилококковых. [6]

Цель работы. Определить распространенность стафилококконосителей среди студентов-медиков разных курсов.

Материалы и методы исследования.

Были обследованы 463 студента - медика разных курсов в возрасте от 17 до 25 лет, у которых были выделены 301 штамм *S. aureus*. Взятия материала из носа и носоглотки производили стерильным ватным тампоном, смоченным в физиологическом растворе. Сразу после взятия тампон с материалом помещали в стерильную пробирку с 5,0 физиологическим раствором и доставляли в бактериологическую лабораторию кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии Казахского

Национального медицинского университета. Выделение чистой культуры *S. aureus* проводили общепринятыми методами.

Статистическая обработка материалов проводилась по И.П. Ашмарину, А.А. Воробьеву, В.Ф. Лакину [201], с определением средней арифметической (М), средней ошибки (m), коэффициента достоверности (Р) на персональном компьютере с использованием пакета программ Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение.

В результате обследования установлено, что процент стафилококконосительства увеличивается с курсом обучения. Стафилококконосительство среди всех курсов составляет в среднем - (65,2%). Из них среди старшекурсников 4, 5, 6 курсов – распространенность носительства составляет 80%, а среди студентов - медиков младших 1, 2, 3 курсов – 44,9% носительства. Так, на 1-3 курсах оно колеблется в пределах 43-47%; на 4-6 курсах от 69, 2 до 89,4%. Причем носительство *S. aureus* в ротоглотке и носоглотке также увеличивается с курсом обучения. Носительство в ротоглотке увеличивается от 1 до 6 курса на 32,7 %. Носительство *S. aureus* в носоглотке с 1 курса до 6 возрастает на 43.2%. При изучении на двойное носительство *S. aureus* у студентов-медиков (ротоглотка, носоглотка) было также выявлено его увеличение с курсом обучения.

Таким образом, при обследовании студентов-медиков была установлена тенденция нарастания стафилококконосительства с увеличением курса обучения. Такой факт, вероятно, связан с тем, что студенты - медики начиная с 3 - 4 курсов в ходе обучения посещают клиники и широко контактируют с медицинскими работниками и с большим количеством разнообразных больных, в том числе и стафилококконосителями. Известно, что *S. aureus* может долгое время персистировать на слизистых оболочках ротоглотки и носоглотки. Полученные результаты свидетельствуют о том, что состоянию здоровья студентов-медиков надо уделять пристальное внимание, так как они в свою очередь тоже являются источниками инфекции, в том числе и стафилококковой.

Литература:

1. Абросимова М.Ю. *Состояние здоровья и само сохранительное поведение молодежи; (комплексное. медико-социальное исследование по материалам: Республики Татарстан): автореф. дис. д-ра мед. наук / М.Ю. Абросимова. Казань, 2005. -22.с.*
2. Акчурин Б.Г. *Проблемы организации деятельности; высшей школы по формированию физического здоровья студентов: дис. канд. мед: наук / Б.Г. Акчурин. Уфа, 1996. - 132 с.*

3. Альбицкий В.Ю. *Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты: Пути оздоровления. / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. Казань, 1986. - 184*с.*

4. Бухарин О.В., Киргизова С.Б., Карташова О.Л., Потехина Л.П. *Диагностическое значение персистентных характеристик стафилококков при бактерионосительстве. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 2007.-N 5.-С.13-16.*

5. Володин Н.Н., Дятлов Д.Н. *Методологические аспекты лабораторной диагностики внутрибольничных инфекций у детей //Журнал Клиническая лабораторная диагностика. - 2003. - № 3.- 7-10.*

6. Витрищак С.В. *Микрофлора носоглотки у беспризорных детей// Луганский государственный медицинский университет 2006.*

7. Гладыко В. В., Кахишвили Н. Н., Масюкова С. А., Гайворонский Д. А. *Патогенетические особенности формирования стафилококкового бактерионосительства. //Военно-медицинский журнал, No.011 Vol.328, Ноябрь 2007, С. 30-38.*

8. Лисицын Ю.П. *Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. М: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 517 с.*

9. Лисицын Ю.П. *Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина. М.: Медицина, 2002. - 416 с.*

10. Медик В.А. *Университетское: студенчество: образ; жизни и здоровье / В;А. Медик, А;М; Осипов: М;: Логос, 2003: - 200 с.*

11. *Микроэкология стафилококков полости рта // Естественное и гуманитарное: Межвузовский сборник научных трудов. - Томск, 2007. - Т.4, ЖЗ. - С.85.*

12. Науменко О.А. *Опыт внедрения программы «Образование и здоровье» в Оренбургском государственном университете / О.А. Науменко.- Оренбург.: ОГУ, 2005. № 1 V. - С. 16-19.*

13. Нефедовская Л.В. *Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи / Л.В. Нефедовская. М.: Литтерра, 2007. - 192 с.*

14. Твердохлебов А.С. *Медико-социальное исследование-отношения студентов, высших и средних медицинских учебных заведений к собственному здоровью / А.С. Твердохлебов // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. 2005. - № 2. - С. 6870;*

15. Уваров В.А. *Анализ изменения физической подготовленности, физического развития и здоровья студентов за последнее десятилетие (1988-1999) / В.А. Уваров, Н.К. Ковалев, Т.А. Булавина: сб. материалов междунар. конф М.: МГУ, 2000. - ЧГ 1256 с.*

**АНКЕТИРОВАНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
СТАФИЛОКОККОНОСИТЕЛЕЙ****Бармакова А.М., Адамбеков Д.А., Рамазанова Б.А., Буркитбаева Д.Б.**

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Изучение анкетных данных 600 студентов-медиков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова с 1-го по 6-е курсы. При обработке анкетных данных выявлено, что среди студентов имеют место следующие нозологические формы: ангина (27%), гайморит (13,3%), тонзиллит (12%), хронический ринит (10,0%). В дальнейшем изучалась микрофлора носоглотки. Микробиологическое обследование данной группы студентов выявило, что из 463 студентов разных курсов у 300 студентов выявлено стафилококковое носительство.

Ключевые слова: стафилококк, стафилококконосительство, студенты-медики, анкетирование студентов.

**A SURVEY OF THE MEDICAL STUDENTS TO IDENTIFICATION ON
VEHICLE OF STAPHYLOCOCCUS****Barmakova A.M., Adambekov D.A., Ramazanova B.A., Burkitbaeva D.B.**

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. The study of personal data of 600 medical students KazNMU them. S. D. Asfendiyarov from the 1st to the 6th courses. When processing the questionnaire data revealed that among students there are the following nosological forms: angina (27%), sinusitis (13.3 per cent), tonsillitis (12%), chronic rhinitis (10.0 per cent). It was further studied the microflora of the nasopharynx. Microbiological examination of this group of students revealed that of the 463 students from different courses in 300 students it is identified staphylococcal carriage.

Keywords: staphylococcus, Vehicle of Staphylococcus, medical students, questioning students.

Введение.

Согласно данным специалистов, в России только 25% студентов не имеют хронических заболеваний. По данным ВОЗ здоровье человека зависит на 10% от здравоохранения и на 50% от образа жизни человека. Медицина занимается, в основном, лечением, а в последние годы лекарственные препараты и методы лечения очень дороги. Поэтому эффективной может стать профилактика заболеваний. Человек начинает терять здоровье уже в молодом возрасте. Заболевания дыхательной системы, в том числе простудные и инфекционные, болезни опорно-двигательного аппарата, пищеварительной, сердечно-сосудистой системы приобретаются в школьные и студенческие годы [1,2,3].

Социально-экономический кризис в странах СНГ негативно повлиял на способность учреждений здравоохранения адекватно поддерживать прежний объем и уровень оказания основных медицинских услуг. Ухудшение состояния здравоохранения, а также воздействие таких факторов, как социальные стрессы и нестабильность экономики ряда стран явились опасными предпосылками отклонений в состоянии здоровья населения [4,5,6].

В настоящее время одним из направлений научных работ в КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова является изучение здоровья студенческого коллектива, так как здоровье молодежи имеет решающее значение для здоровья будущих поколений и развития здравоохранения в целом.

Цель. Изучение анкетных данных студентов-медиков КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова с 1-го по 6-е курсы.

Материал и методы.

Всего проанкетировано 600 студентов-медиков с 1-го по 6 –е курсы. На каждом курсе проанкетировано по 100 студентов. По результатам выборки было отобрано 463 студента, которые указали в анкетах как часто болеющие или состоящие на диспансерном учете у отобранных студентов по результатам анкетирования в дальнейшем провели микробиологическое исследование на носительство

стафилококков. Исследуемый материал был взят из полости носа и зева. Исследования данного материала проводили следующими методами: бактериология – производили посев материала на специальные питательные среды (ЖСА, КА) с последующей биохимией, и бактериоскопический – готовили фиксированные мазки окрашивали по Граму и смотрели под микроскопом.

Результаты исследования.

При обработке анкетных данных выявлено, что среди студентов имеют место следующие нозологические формы: ангина (27%), гайморит (13,3%), тонзиллит (12%), хронический ринит (10,0%). При изучении микрофлоры носоглотки выделены такие микроорганизмы, как *S. aureus* spp., *Candida* spp., *Streptococcus* spp., *E. coli*, *Sarcina*. При сравнительном анализе выделенной микрофлоры установлены что у часто болеющих студентов-медиков с заболеваниями верхних дыхательных путей вышеуказанные микроорганизмы встречаются в 220 случаях (73,3%), с соматической патологией - в 180 случаях (60%), с отягощенным анамнезом - в 130 случаях (43,3%) (табл. 1).

Таким образом, при изучении 600 анкетных данных студентов-медиков установлено, что у часто болеющих студентов-медиков с соматическим и отягощающим анамнезом чаще встречаются грибы рода *Candida* в 110, 90, 60 случаях (36,7 %, 30 %, 20 % соответственно), реже при таких патологических состояниях встречаются *Sarcina*, *E. coli*, *Fusobacterium* по 3,3%.

Исходя из вышеуказанного, следует сделать вывод, что при нарушении биологического равновесия в организме у студентов-медиков грибы могут выступить в роли патогенных агентов и привести развитию бактерионосительства.

Среди 600 обследованных студентов, указавших частые заболевания верхних дыхательных путей и состоявших на диспансерном учете как хронические больные, были отобраны 463 студента-медика, которые прошли полное обследование на стафилококконосительство. При обследовании было

Таблица 1.

Взаимосвязь анамнестических данных с микрофлорой носоглотки, выделенной от часто болеющих студентов, с соматической патологией и с отягощающим анамнезом

Анамнестические данные	Кол-во выявленной патологии	Вид микроорганизма	Абс. число микроорганизмов	Средний %	KOE/мл
Часто болеющие студенты-медики	220 (73%)	Candida spp.	110	36,7	3,1x10 ⁵
		Staphylococcus spp.	50	16,7	1,2x10 ⁴
		Streptococcus spp.	20	6,7	9,7x10 ³
		Sarcina	20	6,7	9,5x10 ³
		E. coli	10	3,3	1,0x10 ⁴
		Fusobacterium	10	3,3	5,7x10 ⁴
С соматической патологией	180 (60%)	Candida spp.	90	30	1,1x10 ⁵
		Staphylococcus spp.	80	26,7	1,3x10 ⁵
		Streptococcus spp.	30	10	9,6x10 ⁴
		Sarcina	10	3,3	9,7x10 ³
С отягощающим анамнезом	130 (43%)	Candida spp.	60	20	2,6x10 ⁶
		Staphylococcus spp.	40	13,3	1,1x10 ⁴
		Streptococcus spp.	10	3,3	6,8x10 ³
		Sarcina	10	3,3	1,2x10 ⁵
		E. coli	10	3,3	1,0x10 ⁴

Таблица 2.

Всего обследованных по курсу и выделенных стафилококконосителей

Курсы	Всего обследованных студентов	Обследованных муж.	Обследованных жен.	Стафилококконосители в общем	Стафилококконосители	
					Муж.	Жен.
1 курс	93	25	68	40	6 (15,0%)	34 (85,0%)
2 курс	69	12	57	42	8 (19,04%)	34 (80,95%)
3 курс	85	27	58	39	15 (38,46%)	24 (61,53%)
4 курс	65	25	40	47	15 (31,91%)	32 (68,08%)
5 курс	57	6	51	52	4 (7,69%)	48 (92,30%)
6 курс	94	33	61	80	29 (36,25%)	51 (63,75%)
	463	128	335	300	77 (25,66%)	223 (74,33%)

выделено стафилококконосителей у 300 студентов-медиков. (табл. 2).

По 1 курсу обследовано 93 студента, из них 40 студентов-медиков по результатам анализа являются стафилококконосителями, мужчин 6 (15,0%), и женщин 34 (85,0%). По 2 курсу обследовано 69 студента, из них 42 стафилококконосителя, мужчин 8 (19,04%), женщин 34 (80,95%). По 3 курсу обследовано 85 студента, из них 39 носителей стафилококка, мужчин 15 (38,46%), женщин 24 (61,53%). По 4 курсу обследовано 65 студентов, из них 47 носителей стафилококка, мужчин 15 (31,91%), женщин 32 (68,08%). По 5 курсу 57 студентов, из них 52 носителей, мужчин 4 (7,69%), женщин 48 (92,30%). По 6 курсу исследовано 94 студента, из них 80 студентов стафилококконосителей, мужчин 29 (36,25%), женщин 51 (63,75%). Итого обследовано 463 студента-медика, из них 300 носителей стафилококка, всего мужчин 77 (25,66%), женщин 223 (74,33%).

Закключение.

При изучении анкетных данных 600 студентов-медиков были выделены 463 студента-медика, часто болеющих и состоявших на диспансерном учете по заболеваемости верхних дыхательных путей, с последующим исследованием микрофлоры носа и зева. По результатам исследования выделили 300 студентов-медиков

как стафилококконосителей. Полученные результаты обследования показали, что важно предупредить развитие хронического носительства золотистого стафилококка во избежание его распространения студентами-медиками при обучении на клинических кафедрах.

Литература:

1. Акчуринов Б.Г. Проблемы организации деятельности высшей школы по формированию физического здоровья студентов: дис. канд. мед. наук / Б.Г. Акчуринов. Уфа, 1996. - 132 с.
2. Медик В.А. Университетское: студенчество: образ; жизни и здоровье / В. А. Медик, А.М.; Осипов: М.; Логос, 2003: - 200 с.
3. Нефедовская Л.В. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи / Л.В. Нефедовская. М.: Литтерра, 2007. - 192 с.
4. Покателов А.А., Антонов В.А., Климова Т.Н. и др. Распространенность *S. aureus* у практически здоровых людей и больных, хирургических и терапевтических стационаров, молекулярно-генетического типирования этих микроорганизмов // Проблемы и перспективы современной науки: Сборник научных трудов. - Томск, 2008. - Т.1. - Вып. 2. - С. 32- 36.
5. Твердохлебов А.С. Медико-социальное исследование отношения студентов, высших и средних медицинских учебных заведений к собственному здоровью / А.С. Твердохлебов // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. - № 2. - С. 6870.

ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ В ХИРУРГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРАХ Г. АЛМАТЫ И ПРОФИЛЬ ИХ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Бисекенова А. Л., Адамбеков Д. А., Рамазанова Б. А., Чакемова Г. С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Казахский Национальный Медицинский Университет им. С. Д. Асфендиярова

Бишкек, Кыргызская Республика

Алматы, Республика Казахстан

Резюме. В данной статье представлена этиологическая структура инфекций в хирургических стационарах г. Алматы (Казахстан), всего было исследовано 130 клинических изолятов бактерий. Доля изолятов семейства Enterobacteriaceae среди всех возбудителей хирургических инфекций составила 38,46% (при n=130), изолятов неферментирующих грамотрицательных бактерий (НФГОб) - 13,85%. Наиболее частыми видами среди грамотрицательных микроорганизмов (n=71) были Escherichia coli – 49,3%; Pseudomonas aeruginosa – 7,0%; Acinetobacter baumannii – 7,0%; Klebsiella pneumonia – 5,6%. Изучена антибиотикочувствительность выделенных штаммов грамотрицательных микроорганизмов и фенотипическое выявление продукции бета-лактамаз расширенного спектра действия (БЛРС). Резистентность к цефалоспорином III – IV поколений проявили 49,3% штаммов, к карбапенемам - 11,27%. У 18 резистентных изолятов энтеробактерий выявлена продукция БЛРС.

Ключевые слова: грамотрицательные микроорганизмы, Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, БЛРС, антибиотикорезистентность, нозокомиальные инфекции.

ETIOLOGICAL STRUCTURE OF INFECTIONS CAUSED BY GRAM-NEGATIVE MICROORGANISMS IN THE SURGICAL HOSPITALS OF ALMATY AND THE PROFILE OF THEIR ANTIBIOTIC RESISTANCE

Bissekenova A. L., Adambekov D. A., Ramazanova B. A., Chakemova G. S.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Asfendiyarov Kazakh National Medical University

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. In this article, an etiological structure of infections in surgical hospitals of Almaty (Kazakhstan) is described, 130 clinical isolates of bacteria were examined. The proportion of isolates of Enterobacteriaceae family among all agents of surgical infections was 38,46% (n=130), of isolates non-fermenting Gram-negative bacteria – 13,85%. The most common species among Gram-negative microorganisms (n=71) were Escherichia coli – 49,3% %; Pseudomonas aeruginosa – 7,0%; Acinetobacter baumannii – 7,0%; Klebsiella pneumonia – 5,6%. The antibiotic resistance of the isolated strains of Gram-negative microorganisms and phenotypic detection of ESBL production was studied. Resistance to cephalosporins III-IV generation rates 49,3%, to carbapenems – 11,27%. 18 of resistance isolated of enterobacteria were found to produce ESBL.

Keywords: gramnegative microorganisms, Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii, ESBL, antibiotic resistance, nosocomial infections.

Введение.

Грамотрицательные микроорганизмы, в том числе бактерии семейства Enterobacteriaceae и неферментирующие грамотрицательные бактерии (НФГОб): P.aeruginosa и A.baumannii в совокупности являются наиболее частыми возбудителями нозокомиальных и внебольничных инфекций. Доля изолятов Enterobacteriaceae (n=573) среди всех бактериальных возбудителей нозокомиальных инфекций (n=1700), выделенных в рамках исследования МАРАФОН в 2011 – 2012 гг., составила 33,7%. Доля изолятов рода Acinetobacter (n=252) составила 14,8%, P.aeruginosa – 20,2%, что превышает соответствующие показатели, полученные в более ранних исследованиях, проведенных в РФ [1, 2, 3].

В последнее время в этиологии нозокомиальных и внебольничных инфекций существенно возросла роль антибиотикорезистентных штаммов. Наиболее клинически значимой является проблема резистентности нозокомиальных штаммов энтеробактерий к современным цефалоспорином и карбапенемам. Устойчивость к цефалоспорином среди госпитальных

штаммов энтеробактерий растет, главным образом, вследствие эпидемического распространения штаммов, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС, ESBL) [4,5,6,7, 8].

Гены БЛРС обычно локализуются на крупных плаزمиде, где нередко располагаются и гены, кодирующие резистентность к другим классам антибиотиков – аминогликозидам и котримоксазолу, в связи с чем ESBL-продуцирующие штаммы обладают ассоциированной устойчивостью к антибиотикам разных групп [9, 10].

A.baumannii, P.aeruginosa и родственные виды обладают более низкой природной чувствительностью к большинству β-лактамов антибиотиков, включая пенициллины и цефалоспорины, по сравнению с представителями семейства Enterobacteriaceae. В связи с этим для лечения инфекций, вызванных данными возбудителями, обычно используют карбапенемы (кроме эртапенема). Но отмечаемый в последние годы во многих странах рост приобретенной устойчивости к карбапенемам и антибиотикам других групп определяет необходимость осуществления регулярного мониторинга чувствительности возбудителей инфекций в стационарах

[11, 12, 13].

Материал и методы исследования.

В исследование были включены 130 клинически значимые изоляты бактерий, собранные в рамках внутривузовского научного проекта: «Мониторинг резистентности возбудителей внебольничных и нозокомиальных инфекций к антимикробным препаратам и изучение его молекулярных механизмов» в двух хирургических стационарах г. Алматы (отделений гнойной хирургии, урологии и реанимации). Материалом для микробиологических исследований служили: отделяемое раневых поверхностей, дренажей при абдоминальных инфекциях, моча, смывы с интубационных трубок. Выделение и первичная идентификация бактериальных изолятов проводилась в лаборатории кафедры микробиологии КазНМУ им. С. Д. Асфендиярова. Окончательная видовая идентификация и определение их чувствительности к антимикробным препаратам проводились в НКДЛ НИИ им. Атачбарова. Все исследованные изоляты были идентифицированы до вида и определена их антибиотикочувствительность на бактериологическом автоматизированном анализаторе «VITEK-2 Compact». Также дополнительно использовали

классический диско-диффузионный метод определения антибиотикочувствительности на агаре Мюллера - Хинтона.

Для фенотипического выявления продукции БЛРС использовали метод двойных дисков [14]. По наличию расширенной зоны подавления роста между дисками с цефтазидимом (CAZ, 30 мкг), цефепимом (CPM, 30 мкг) и диском, содержащим комбинацию амоксициллина с клавулановой кислотой (АМС 20/10 мкг). Для контроля качества определения чувствительности использовали штаммы *E.coli* ATCC 25922, *K.pneumoniae* ATCC 700603 (ESBL+).

Результаты и их обсуждение.

В этиологии хирургических инфекций (n=130) 54,6% занимают грамотрицательные микроорганизмы – 71 изолятов. Доля изолятов семейства Enterobacteriaceae среди всех возбудителей хирургических инфекций составила – 50 (38,46% при n=130) (рис.1).

Распределение видов в этиологической структуре выделенных изолятов грамотрицательных бактерий (n = 71), в том числе представителей семейства Enterobacteriaceae и неферментирующих грамотрицательных бактерий (НФГОВ) представлена в

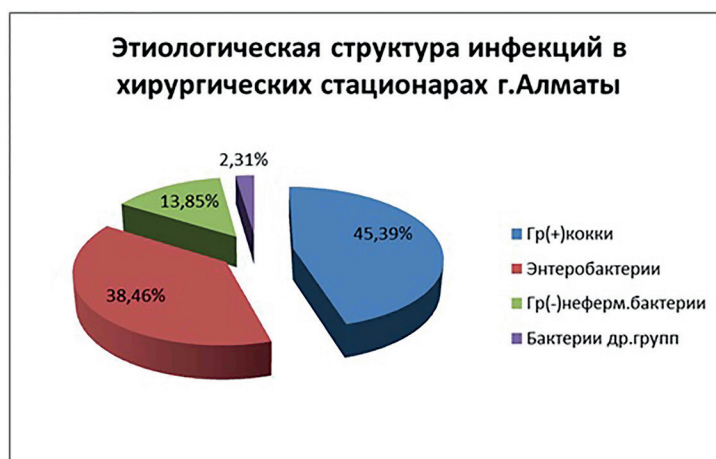


Рисунок 1.

Таблица 1.
Видовой состав изолятов грамотрицательных бактерий (n=71)

Семейство, группа	Вид	Абс.кол-во	%
Enterobacteriaceae (всего – 50 изолятов)	<i>Escherichia coli</i>	35	49,3%
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	4	5,6%
	<i>Enterobacter cloacae</i>	2	2,8%
	<i>Pantoea spp.</i>	3	4,2%
	<i>Shigella group</i>	2	2,8%
	<i>Raoultella planticola</i>	2	2,8%
	<i>Providencia stuartii</i>	1	1,4%
	<i>Proteus mirabilis</i>	1	1,4%
Грамотрицательные неферментирующие бактерии (ГНБ) (всего – 18 изолятов)	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5	7,0%
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	5	7,0%
	<i>Sphingomonas paucimobilis</i>	4	5,6%
	<i>Pseudomonas luteola</i>	1	1,4%
	<i>Burkholderia cepacia</i>	2	2,8%
	<i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	1	1,4%
Грамотрицательные бактерии других групп (всего – 3 изолята)	<i>Aeromonas salmonicida</i>	1	1,4%
	<i>Pasteurella pneumotropica</i>	2	2,8%

таблице 1., из них больше половины – 35 изолята были представлены *E.coli*, *K.pneumoniae* – 4 штамма; *Pantoea* spp – 3 штамма и *E.cloacae* – 2. Изолятов неферментирующих грамотрицательных бактерий было выделено - 18 (13,85%), из них 5 штамма - *Ps.aeruginosa*, 5 - *A.baumannii*.

Показатели степени чувствительности выделенных штаммов грамотрицательных микроорганизмов даны в таблице 2. Из 71 изолятов грамотрицательных микроорганизмов резистентность к цефалоспорином III – IV поколений проявили 35 штаммов, что составило 49,3%, из них 23 – *E.coli*, 2 – *K.pneumoniae*, 1 - *E.cloacae*, *P.aeruginosa* – 2, *A.baumannii* – 5 и 2 штамма *Burkholderia* серасia. Наряду с нечувствительностью к цефалоспорином III – IV поколений резистентность к карбапенемам проявляли 4 изолята *A.baumannii*, 2- *P.aeruginosa*, 1 - *K.pneumoniae*, 1- *E.cloacae*. Фенотипическим тестом (метод двойных дисков) продукция БЛРС подтверждена у 21 резистентных штаммов энтеробактерий. В остальных случаях запланировано изучение других возможных механизмов резистентности: продукцию хромосомных

бета-лактамаз класса С у энтеробактерий, продукцию металло-бета-лактамаз класса В у *P.aeruginosa*, карбапенемаз у *A.baumannii*.

Escherichia coli. Среди представителей семейства Enterobacteriaceae (n=50) *E.coli* выделяли в отделениях хирургических стационаров г.Алматы чаще всего (в 70% случаев). Наиболее активными антибактериальными препаратами в отношении исследованных штаммов *E.coli* были карбапенемы (эртапенем – 100% чувствительных штаммов, меропенем – 94,29%). Высокая частота устойчивости к цефалоспорином (цефтриаксон – 68,57% резистентных штаммов; цефтазидим – 57,14% резистентных, 14,29% умеренно резистентных штаммов) была обусловлена продукцией БЛРС, выявленной по тесту синергизма цефтазидима и амоксициллин/клавуланата у 20 штаммов (87%). Среди цефалоспоринов наименьшая частота устойчивости была в отношении цефепима (резистентных штаммов - 11,43%, умеренно резистентных – 40,0%). Из аминогликозидов наиболее активным в отношении *E.coli* был амикацин (чувствительных штаммов

Таблица 2.

Распределение возбудителей хирургических инфекций (в %) по степени чувствительности к антибиотикам

Антибиотики	Ч %	МИК мкг/мл	УР %	МИК мкг/мл	Р %	МИК мкг/ мл
Escherichia coli (n=35)						
Ампициллин	8,57	≤ 2	-	-	91,43	≥32
Ампициллин/сульбактам	31,43	2-4	34,29	8-16	34,29	≥32
Пиперациллин	5,7	≤4	-	-	94,29	≥128
Цефазолин	25,71	≤4	-	-	74,29	≥64
Цефокситин	85,71	4-8	11,43	16-32	2,86	≥64
Цефтазидим	28,57	≤1	14,29	4	57,14	16-64
Цефтриаксон	31,43	≤1	-	-	68,57	16-64
Цефепим	48,57	≤1	40,0	2-4	11,43	8-16
Эртапенем	100	≤0,5	-	-	-	-
Меропенем	94,29	≤0,25	5,71	8	-	-
Амикацин	91,43	≤ 2	5,71	16	2,86	≥16
Гентамицин	68,57	≤1	-	-	31,43	≥16
Тобрамицин	65,71	1-2	-	-	34,29	8-16
Ципрофлоксацин	42,86	≤0,25	5,71	1	51,43	2-4
Левифлоксацин	45,71	0,12-1	-	-	54,29	≥8
Триметоприм/сульфаметоксазол	31,43	≤ 20	-	-	68,57	≥320
Klebsiella pneumonia (n=4)						
Ампициллин	-	-	-	-	100	≥32
Ампициллин/сульбактам	25	4	-	-	75	≥32
Пиперациллин	-	-	-	-	100	≥128
Цефазолин	50	≤4	-	-	50	≥64
Цефокситин	75	4-8	-	-	25	≥64
Цефтазидим	50	≤1	-	-	50	≥64
Цефтриаксон	50	≤1	-	-	50	≥64
Цефепим	50	≤1	-	-	50	≥64
Эртапенем	75	≤0,5	25	4	-	-
Меропенем	75	≤0,25	-	-	25	≥16
Амикацин	75	2-4	-	-	25	≥16
Гентамицин	50	≤1	-	-	50	≥16
Тобрамицин	50	≤1	-	-	50	≥16
Ципрофлоксацин	50	≤0,25	-	-	50	≥4
Левифлоксацин	50	≤0,12	-	-	50	≥8
Триметоприм/сульфаметоксазол	50	≤ 20	-	-	50	≥320

Enterobacter cloacae (n=2)						
Пиперациллин	-	-	-	-	100	≥128
Цефазолин	-	-	-	-	100	≥64
Цефокситин	-	-	-	-	100	≥64
Цефтазидим	50	≤1	-	-	50	≥64
Цефтриаксон	50	≤1	-	-	50	≥64
Цефепим	50	≤1	-	-	50	32
Эртапенем	50	≤0,5	-	-	50	≥8
Меропенем	100	≤0,25	-	-	-	-
Амикацин	50	≤2	-	-	50	≥64
Гентамицин	50	≤1	-	-	50	≥16
Тобрамицин	50	≤1	-	-	50	≥16
Ципрофлоксацин	50	≤0,25	-	-	50	≥4
Левифлоксацин	50	≤0,12	-	-	50	≥8
Триметоприм/сульфаметоксазол	50	≤20	-	-	50	≥320
Pseudomonas aeruginosa (n=5)						
Пиперациллин	-	-	-	-	100	≥128
Цефтазидим	40	2-8	-	-	60	16-64
Цефепим	60	2-4	-	-	40	16-64
Меропенем	60	0,25-1	-	-	40	≥16
Амикацин	100	≤2	-	-	-	-
Гентамицин	40	≤1	-	-	60	8-16
Тобрамицин	20	≤1	-	-	80	8
Ципрофлоксацин	-	-	40	1	60	2-4
Левифлоксацин	60	0,5-1	-	-	40	≥8
Acinetobacter baumannii (n=5)						
Пиперациллин	-	-	-	-	100	≥128
Пиперациллин/тазобактам	-	-	-	-	100	≥128
Цефтазидим	-	-	-	-	100	≥64
Цефепим	-	-	-	-	100	32-64
Имипенем	20	≤0,25	-	-	80	≥16
Гентамицин	-	-	-	-	100	8-16
Тобрамицин	60	≤1	-	-	40	8
Ципрофлоксацин	-	-	-	-	100	≥4
Левифлоксацин	-	-	-	-	100	≥8
Триметоприм/сульфаметоксазол	20	≤20	-	-	80	≥320
Burkholderia cepacia (n=2)						
<u>Пиперациллин</u>	-	-	-	-	100	≥128
<u>Цефтазидим</u>	-	-	-	-	100	≥64
<u>Цефепим</u>	-	-	100	16	-	-
<u>Имипенем</u>	100	≤0,25	-	-	-	-
<u>Меропенем</u>	100	≤0,25	-	-	-	-
<u>Амикацин</u>	100	≤2	-	-	-	-
<u>Гентамицин</u>	-	-	-	-	100	≥16
<u>Тобрамицин</u>	-	-	-	-	100	≥16
<u>Ципрофлоксацин</u>	-	-	-	-	100	≥4
<u>Левифлоксацин</u>	-	-	-	-	100	≥8

Примечание. Ч – чувствительность, Р – резистентность, УР – умеренная резистентность.

– 91,43%); к гентамицину были чувствительными – 68,57% и к тобрамицину – 65,71% штаммов.

Klebsiella pneumoniae. Выделенные 4 штамма *K. pneumoniae* составили 8% от всех представителей семейства Enterobacteriaceae (n=50). К цефалоспорином III – IV поколений проявляли устойчивость 2 штамма. К эртапенему и меропенему были чувствительны 3 выделенных штамма. Чувствительность к аминогликозидам: амикацину сохраняли также 3 изолята, гентамицину и тобрамицину – 2 штамма. 1 изолят проявил устойчивость ко всем препаратам, принадлежащим к различным категориям: ампициллину, ампициллину/сульбактаму, пиперациллину, пиперациллину/тазобактаму,

цефуросиму, цефподоксиму, цефотаксиму, цефтазидиму, цефепиму, меропенему, гентамицину, тобрамицину, ципрофлоксацину, левофлоксацину, тайгециклину, триметоприм/сульфаметоксазолу; что, создает предпосылки для дальнейшего изучения возможных множественных механизмов резистентности. По данным теста с цефтазидимом и амоксициллином продукция БЛРС была обнаружена в 1 случае.

Enterobacter cloacae. Было выделено 2 штамма *E. cloacae*, что составило 4% от всех энтеробактерий. Из них 1 штамм проявил резистентность на все группы антибиотиков, кроме меропенема. Тест на БЛРС дал отрицательный результат, вероятно, устойчивость к

цефалоспорином III – IV поколений была обусловлена продукцией β -лактамаз класса C, что подтверждалось устойчивостью к цефокситину.

Pseudomonas aeruginosa. В ходе исследования было выделено 5 штаммов *P.aeruginosa*, все они были нечувствительны (резистентны) к пиперациллину. К цефтазидиму резистентны были из них 3 штамма, к цефепиму и меропенему резистентность проявляли 2 штамма. Наиболее высокую активность в отношении выделенных штаммов *P.aeruginosa* проявляли из аминогликозидов: амикацин (все 5 штаммов были чувствительными), из фторхинолонов: левофлоксацин – 3 штамма.

Acinetobacter baumannii. Все выделенные 5 штаммов *A.baumannii* проявляли высокую устойчивость к антибиотикам разных групп: пиперациллину, пиперациллин/тазобактаму, цефтазидиму, цефепиму, гентамицину, ципрофлоксацину, левофлоксацину. Отмечалась чувствительность 1 штамма к имипенему и триметоприм/сульфометоксазолу и 3 штаммов к тобрамицину.

Закключение.

Результаты данного исследования свидетельствуют о критическом уровне антибиотикорезистентности возбудителей инфекций в хирургических стационарах г.Алматы, что требует существенного повышения качества микробиологической диагностики.

Высокая частота резистентности к современным цефалоспорином у всех видов энтеробактерий - 52% (при n=50), обусловленная в 42,0% случаев распространением БЛРС, исключает возможность их эмпирического применения для лечения внутрибольничных и внебольничных инфекций, вызванных Enterobacteriaceae.

Особое внимание обращает на себя факт высокой распространенности устойчивости *P.aeruginosa* и *A.baumannii* к карбапенемам (40 % и 80%) соответственно, что определяет необходимость осуществления регулярного мониторинга чувствительности возбудителей инфекций в стационарах.

Литература:

1. Сухорукова М. В., Эйдельштейн М. В., Скленова Е. Ю., Иванчик Н. В., Тимохова А. В., Дехнич А. В., Козлов Р. С. и исследовательская группа «Марафон». Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов Enterobacteriaceae в стационарах России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования МАРАФОН в 2011 – 2012 гг. // Клин микробиол антимикроб химиотер. - 2014. - №16 (4). – С.254-265.
2. Сухорукова М. В., Эйдельштейн М. В., Скленова Е. Ю., Иванчик Н. В., Тимохова А. В., Шек Е. А., Дехнич А. В., Козлов Р. С. и исследовательская группа «Марафон». Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов Acinetobacter spp. в стационарах России: результаты

многоцентрового эпидемиологического исследования МАРАФОН в 2011 – 2012 гг. // Клин микробиол антимикроб химиотер. - 2014. - №16 (4). – С.266-272.

3. Сухорукова М. В., Эйдельштейн М. В., Скленова Е. Ю., Иванчик Н. В., Тимохова А. В., Шек Е. А., Дехнич А. В., Козлов Р. С. и исследовательская группа «Марафон». Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов Pseudomonas aeruginosa в стационарах России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования МАРАФОН в 2011 – 2012 гг. // Клин микробиол антимикроб химиотер. - 2014. - №16 (4). – С.273 - 279.

4. Сидоренко С. В., Березин А. Г., Иванов Д. В. Молекулярные механизмы устойчивости грамотрицательных бактерий семейства Enterobacteriaceae к цефалоспориновым антибиотикам. Антибиотики и химиотерапия – 2011; 49(3):6-16.

5. Ильина В. Н., Субботовская А. И., Козырева В. С., Сергеевичев Д. С., Шилова А. Н. Характеристика штаммов Enterobacteriaceae, продуцирующих БЛРС CTX-M типа, выделенных в кардиохирургическом стационаре. Клин микробиол антимикроб химиотер. - 2013; 15(4). – С.309-314.

6. Мудрак Д. Е. Молекулярно-генетические особенности устойчивости к бета-лактамам антибиотикам грамотрицательных микроорганизмов-возбудителей нозокомиальных инфекций. Автореф.уч.ст.канд.биол.наук. – 2010. – С.22

7. Степанова М. Н. Мутационная изменчивость CTX-M β -лактамаз и формирование устойчивости к цефтазидиму у клинических и лабораторных штаммов Escherichia coli. Автореф.уч.ст.канд.биол.наук. – 2011. – С.23

8. Poirel L., Gnadkowski M., Nordmann P. Biochemical analyzing extended-spectrum β -lactamase CTX-M-15 and of its structurally related β -lactamase CTX-M-3. J Antimicrob Chemother 2002; 50:1031-1034.

9. Pitout J. D. D. Infections with extended spectrum β -lactamase-producing Enterobacteriaceae. Changing epidemiology and drug treatment choices // Drugs. – 2010. - №70(3). – P. 313 – 333.

10. Сидоренко С. В., Агапова Е. Д., Александрова И. А., Бичуль О. К. и соавт. Перекрестная и ассоциированная антибиотикорезистентность грамотрицательных бактерий семейства Enterobacteriaceae, устойчивых к цефалоспорином III поколения. // Антибиотики и химиотерапия. – 2008. - №53(1-2). – С.10 – 18.

11. Kempf M., Rolain JM. Emergence of resistance to carbapenems in Acinetobacter baumannii in Europe: clinical impact and therapeutic options. Int J Antimicrob Agents. - 2012 - №39(2): 105 – 114.

12. Karaiskos I., Giamarellou H. Multidrug-resistant and extensively drug-resistant Gram-negative pathogens: current and emerging therapeutic approaches. Expert Opin Pharmacother. – 2014 Jul. - №15(10). P.1351-1370.

13. reidenstein E. B., de la Fuente-Nunez C., Hancock R. E. Pseudomonas aeruginosa: all roads lead to resistance. Trends Microbiol. – 2011. - №19(8). P.419 – 426.

14. Эйдельштейн М. В. Выявление бета-лактамаз расширенного спектра у грамотрицательных бактерий с помощью фенотипических методов. Клин микробиол антимикроб химиотер. - 2001; 3(2):183-189.

**К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАЕМОPHILUS INFLUENZAE
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ****Джумаев А.М., Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Ниязалиева М.С.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ ситуации по распространенности *Haemophilus influenzae* в республике на примере г.Бишкек. Использовались статистические данные Департамента госсанэпиднадзора КР и результаты бактериологических и ПЦР исследований лабораторий г. Бишкек, за 2013 и 2014 гг. Показано, что Hib-инфекция чаще всего встречалась в структуре заболеваемости гнойными бактериальными менингитами, пневмониями, бронхитами и оториноларингологической патологией.

Ключевые слова: *Haemophilus influenzae* серотипа b, заболеваемость гемофильной инфекцией.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА НАЕМОPHILUS INFLUENZAE В СЕРОТИПТИН
ТАРКАЛЫШЫНЫН СУРООСУНА****Джумаев А.М., Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Ниязалиева М.С.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. *Haemophilus influenza* оруунун мамлекетте таркалышынын абалы. Бишкек шаардын мисалында анализ жүргүзүлгөн. Бишкек шаарынын ооруларды алдын алуу жана мамлекеттик санитардык эпидемиологиялык көзөмөлдөө департаментинин лабораториясында 2013-2014 жылдагы бактериологиялык жана ПЦР жолу менен изилдөөнүн маалыматтары колдолунган. Ошунун негизинде Hib-инфекциясы көбүнчө ириңдүү бактериалдык менингит оорусун жана пневмония, бронхит жана мурун ооз көңдөй ооруларын чакыршынын себеби аныкталган.

Негизги сөздөр: серотипы *Haemophilus influenza* серотип B ооруга чалдыккандык, гемофильдик инфекция.

**TO THE QUESTION OF PREVALENCE OF HAEMOPHILUS INFLUENZA
IN THE KYRGYZ REPUBLIC****Jumaev A.M., Adambekov D.A., Aldjambaeva I.Sh., Niyazalieva M.S.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of Microbiology, Virology and Immunology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. It has been analyzed the situation with the incidence of *Haemophilus influenzae* in the republic on the example of the Bishkek city. It was used the statistical data of the Department of Sanitary Inspection of the Kyrgyz Republic and the results of bacteriological and PCR research of the laboratories in Bishkek, It is shown that Hib-infection is most common in the structure of morbidity of purulent bacterial meningitis, pneumonia, bronchitis and ears – nose – throat pathology.

Key words: *Haemophilus influenza* serotype b, the morbidity of hemophilic infections.

Актуальность проблемы.

Бактерии рода *Haemophilus* относятся к семейству Pasteurellaceae и насчитывают более 20 видов. Наибольшее значение в патологии человека имеют *H. influenzae*, биовар *aegyptius*, вызывающие инфекции с респираторным механизмом заражения (менингиты, синуситы, бронхиты), и возбудитель мягкого шанкра *H. ducreyi* [1,2,4]. В зависимости от антигенной структуры, выделяют 6 серотипов *Haemophilus influenzae*: a, b, c, d, e, f; наиболее агрессивным является серотип b, известны также и непатогенные штаммы, но они, как правило, не представляют опасности для человека. Многие серотипы гемофильных бактерий обладают в - лактомазной активностью, этим объясняется высокая резистентность бактерий к антибиотикам пенициллинового ряда.

Haemophilus influenzae можно выделить из носоглотки у 90% здоровых людей взрослого населения. Из них 5% являются носителями более вирулентной группы бактерий типа b. [2,3,5]. Наиболее восприимчивыми к инфекции являются дети. Почти все бактерии рода *Haemophilus* являются обычной составляющей нормальной бактериальной микрофлоры верхних дыхательных путей человека. Так, по данным российских исследователей

[2,3,4,5], в детском коллективе носительство *Haemophilus influenzae* может составлять до 40%.

На сегодняшний день в нашей стране существует информационный дефицит в отношении заболеваемости Hib – инфекцией. Официальной регистрации не проводится, данные о заболеваемости очень разрозненны, существуют сложности с выделением и идентификацией возбудителя.

Цель исследования: анализ ситуации с заболеваемостью *Haemophilus influenzae* в республике на примере г. Бишкек для оценки степени распространенности носительства среди населения республики и участия данного микроорганизма в структуре различной патологии.

Материал и методы.

С целью анализа положения дел в республике в отношении гемофильной инфекции был проведен анализ статистических данных Департамента госсанэпиднадзора КР о количестве случаев гемофильной инфекции с 2013 по 2014 год, сети лабораторий «Бонечского» совместно с КГМА им. И.К.Ахунбаева с 2010 по 2014 гг и бактериологической лаборатории РКИБ. Используются результаты бактериологического обследования больных и результаты ПЦР диагностики лабораторий Департамента

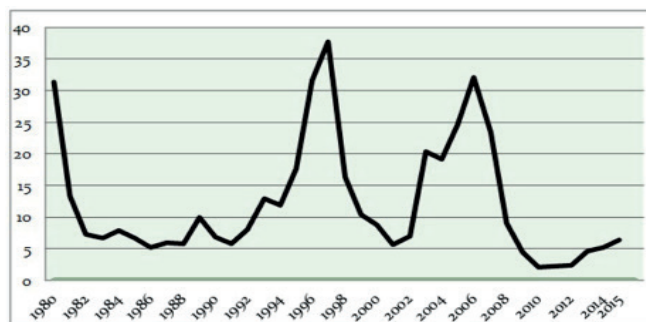


Рис.1. Заболеваемость гнойными бактериальными менингитами в КР с 1980 по 2014 гг.

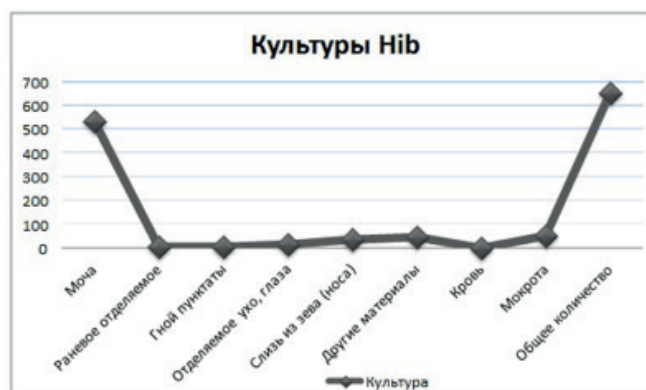


Рис.2. Результаты бактериологического исследования материала на *Haemophilus influenza* за 2013 г.

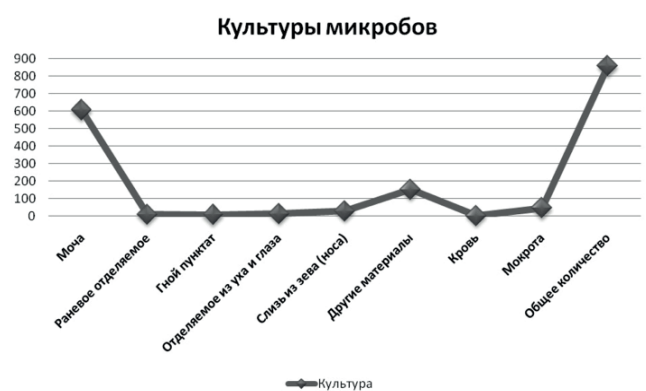


Рис.3. Результаты бактериологического исследования материала на *Haemophilus influenza* за 2014 г.



Рис.4. Результаты бактериологического обследования больных с гемофильной инфекцией.

госсанэпиднадзора и Межотраслевого учебно-научного центра биомедицинских технологий КГМА им. И.К.Ахунбаева за 2013 и 2014 гг. Для диагностики методом ПЦР использовались тест-системы фирм «Литех», «ВекторБест» (Россия).

Результаты и обсуждение.

При анализе ситуации с Hib - инфекцией в структуре гнойных бактериальных менингитов (ГБМ) за достаточно длительный период наблюдалось несколько пиков заболеваемости в стране. В 1980 г был отмечен пик заболеваемости ГБМ 31,4 и.п, затем следующие в 1996 г 37,4 и.п и 2006 г, 32.1 и.п.

Это объясняется накоплением слоя населения с отсутствием иммунитета против возбудителей гнойных бактериальных менингитов (*Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*) за 10-15 лет.

Также отмечался спад интенсивного показателя заболеваемости в 1986 (5,1 и. п.), в 2000 (5,6 и. п.) и в период с 2010 по 2012 год (2-3 и. п.). Относительно низкий интенсивный показатель наблюдался с 2010 по 2012 год, после внедрения активной профилактики Hib инфекции в 2009 году.

В последующий период Hib инфекции стали уделять недостаточно внимания, хотя случаи инфекции продолжали диагностироваться.

Результаты бактериологических исследований, по данным бактериологических лабораторий КР годовой отчетной формы 18 показали, что заболеваемость Hib инфекцией значительно снизилась в последние 3-4 года. Так, например, в 2013 г. было выявлено 857 случаев, а в 2014 г. 652 случая положительных результатов на *Haemophilus influenza* (Рис. 2,3). Из представленных данных за 2013 год видно, что в 44 случаях культура *Haemophilus influenza* была выделена из мокроты и в 46 - при оториноларингологической патологии.

Положительные результаты в большинстве случаев отмечены в графе другие материалы, в том числе из спинномозговой жидкости. Наибольшее количество гемофильных палочек было выделено из мочи – 606 культур, при типировании которых, в основном были идентифицированы *Haemophilus ducrey* и *Haemophilus vaginalis*.

Из представленных данных за 2014 год прослеживается аналогичная картина с выделением и идентификацией культур гемофильных бактерий

из различного патологического материала. Из 652 выделенных культур *Haemophilus* 52 были выделены из мокроты больных с пневмонией и острым обструктивным бронхитом и идентифицированы как *Haemophilus influenza* тип b. При заболеваниях уха, горла и носа было выделено 56 изолянтов, и 533 было выделено из мочи, но большинство изолянтов были идентифицированы как *Haemophilus ducrey* и *Haemophilus vaginalis*.

Необходимо отметить, что инфицированность гемофилами достаточно часто встречается в сочетании с другой микрофлорой, как вирулентной, так и условно-патогенной (Рис.4). Чаще всего гемофилы встречаются в сочетании со стрептококком группы «А», золотистым стафилококком и реже как монокультура.

В результате проведенного анализа ситуации с Hib инфекцией в КР на примере г. Бишкек можно отметить, что в целом заболеваемость диагностируется. Hib как этиологический фактор представлен и в структуре респираторной патологии, оториноларингологической патологии и гнойных бактериальных менингитов. Таким образом, достаточно устойчивая циркуляция микроорганизмов в популяции позволяет оценить проблему как актуальную, возможно это происходит по причине возрастающей вирулентности микробов, или увеличения числа иммунокомпроментированных лиц, уязвимых для любых инфекций, в том числе и для Hib.

Литература:

1. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология. Под редакцией Воробьева А.А., Москва. -2004.- 687 с.
2. Головинская, О.В. Иммунобиологические свойства различных углеводсодержащих препаратов *Haemophilus influenzae*: Дисс..канд. мед.наук.- Москва, 2011.-137 с.
3. Горбунов С. Г. Респираторные формы инфекции, вызванной *Haemophilus influenzae* типа «В», у детей: Дисс..докт. мед. наук.- Москва, 2006.-208 с.
- 4.Осипов М. Ю. Клинико-иммунологические особенности, микробный биоценоз бронхов и кишечника при затяжной и осложненной внебольничной пневмонии : дисс. ... канд. мед. наук : Самара, 2007.- 190 с.
- 5.Урбан Ю. Н. Определение фенотипических и молекулярно-генетических характеристик штаммов *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* и *Streptococcus pneumoniae*, выделенных из ликвора детей, больных гнойным бактериальным менингитом: дисс.. канд. биол. наук: Москва, 2014.-117 с.

ДИНАМИКА АНТИГЕНСПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО ОТВЕТА У ЛЮДЕЙ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ЖИВОЙ ЧУМНОЙ ВАКЦИНОЙ**Пономарева Т. С.**Казахский научный центр карантинных и зоонозных инфекций имени М.Айкимбаева
Алматы, Казахстан

Резюме. Ранее нами была показана связь между начальной стадией иммунного ответа в эксперименте на животных (кроликах), иммунизированных живой чумной вакциной, который оценивали по выявлению лимфоцитов с рецепторами к антигенам *Y. pestis*, и антительным ответом на эти же антигены (эффекторная стадия иммунного ответа). На данном этапе была дана оценка начальной стадии иммунного ответа - появление лимфоцитов с рецепторами (ЛФР) у повторно вакцинированных людей вакциной Живой чумной сухой (ЖЧС) и исчезновение их раньше, чем у людей впервые вакцинированных вакциной.

Ключевые слова: чума, вакцина, вакцинация, иммунный ответ.

DYNAMICS OF ANTIGEN SPECIFIC INDICES OF IMMUNE RESPONSE IN PEOPLE VACCINATED WITH ALIVE PLAGUE VACCINE**Ponomareva T. S.**Kazakh Scientific Center for Quarantine and Zoonotic Diseases named after M.Aykimbaev
Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. We have previously shown an association between the initial stage of the immune response in experimental animals (rabbits) immunized with live plague vaccine, which is assessed to identify lymphocyte receptors to antigens *Y. pestis*, and the antibody response to the same antigens (effector phase of the immune response). At this stage, it is there are assessed the initial stages of the immune response - the emergence of lymphocyte receptors (Lfr) in re-vaccinated people Living plague vaccine dry (ZHCHS) and eliminating them before than in people first vaccinated with the vaccine.

Key words: swine, vaccine, vaccination, the immune response.

Введение.

Природные очаги чумы имеются во всех странах Центральной Азии, в том числе и в Казахстане и в Кыргызстане. Только в Казахстане природные очаги чумы занимают уже более 40% территории страны [1]. И в Казахстане и в Кыргызстане для профилактики чумы используют живую чумную вакцину на основе штамма *Yersinia pestis* EV линии НИИЭГ [2]. Вакцинации подлежат специалисты, работающие в противочумных организациях, а также люди, живущие и работающие в природных очагах чумы. Вакцинация также является важным составляющим компонентом в ликвидации последствий возможных террористических актов с применением чумного микроба [3]. Несмотря на то, что эта вакцина применяется уже более 50 лет, иммунный ответ на эту вакцину характеризуются преимущественно лишь по определению активности антител к различным антигенам чумного микроба [2,4]. Практически не изученной остается начальная стадия иммунного ответа на живую чумную вакцину у людей, характеризующаяся появлением антигенспецифических лимфоцитов. Ранее в эксперименте на кроликах, иммунизированных живой чумной вакциной, нами показана связь между начальной стадией иммунного ответа, оцениваемого по выявлению лимфоцитов с рецепторами к антигенам *Y. pestis*, и антительным ответом на эти же антигены (эффекторная стадия иммунного ответа) [5].

Цель настоящего исследования – оценка начальной стадии иммунного ответа (по выявлению лимфоцитов с рецепторами к антигенам чумного микроба) и его эффекторной стадии (по определению активности антител к этим же антигенам) у людей, иммунизированных живой чумной вакциной.

Материалы и методы.

Обследовали 13 здоровых взрослых людей,

иммунизированных живой чумной вакциной EV. 6 человек были вакцинированы первично, 7 человек - повторно (не менее чем через 1 год после предыдущей вакцинации). Вакцинацию проводили методом скарификации, одна доза вакцины содержала 3×10^9 живых микробных клеток. Кровь для исследования брали из локтевой вены до вакцинации и на 2, 4-6, 7-9, 13-14, 20-21, 27-28, 34-35, 42 и 62-63 после вакцинации. Для выделения лимфоцитов кровь брали в пробирку с гепарином, для получения сыворотки – в сухую пробирку. Все вакцинированные люди относились к декретируемому контингенту лиц, подлежащих вакцинации против чумы, и дали добровольное информированное согласие на использование данных их обследования в научных публикациях

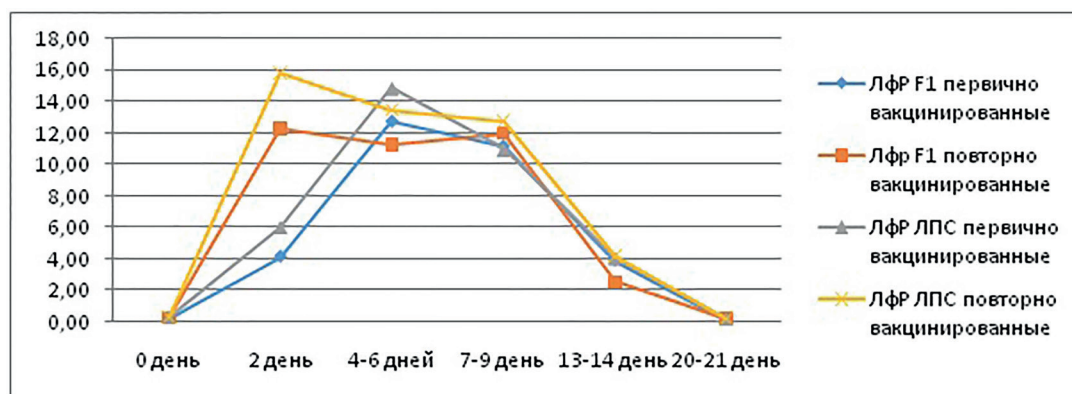
Содержание лимфоцитов с рецепторами (ЛФР) к антигенам *Y. pestis* F1 и ЛПС определяли в реакции адгезии к лимфоцитам иммунореагентов и, полученных нами конъюгацией F1 при помощи риванола и ЛПС без посредников с эритроцитами быка, фиксированными ацетальдегидом, как описано ранее [6]. Параллельно выполняли такие анализы с контрольным реагентом - эритроцитами, не нагруженными антигенами *Y. pestis*.

Активность антител определяли в РНГА с использованием антигенных эритроцитарных антигенов для выявления антител к капсульному антигену *Y. pestis* F1 и ЛПС производства КНЦКЗИ имени М.Айкимбаева. РНГА ставили микрометодом по обычной методики. Каждую сыворотку исследовали 4 раза. Все сыворотки параллельно исследовали на наличие антител к формализированным эритроцитам барана.

В работе применяли статистические методы частных сравнений серий. Результат считали значимым при $P \leq 0,05$.

Результаты.

Определение антигенспецифических популяций



По оси абсцисс – дни после вакцинации, по оси ординат – содержание ЛфР в %

Рис 1. Динамика содержания ЛфР у вакцинированных людей

Таблица 1.

Динамика ЛфР у вакцинированных людей

№ вакцинируемого	Кратность вакцинации	Специфичность антител	Количества ЛфР и их средняя квадратическая ошибка, в %					
			До вакцинации	после вакцинации на				
				2 день	4-6 день	7-9 день	13-14 день	20-21 день
1	повторная	F1	0,14±0,14	6,43±0,30	6,71±0,18	19,0±0,31	0,14±0,14	0,29±0,18
3	повторная	F1	0,71±0,18	18,29±0,47	6,29±0,29	5,86±0,14	3,86±0,22	0,14±0,14
5	повторная	F1	0,29±0,18	15,29±0,18	15,86±0,14	9,71±0,36	1,71±0,18	0±0
7	повторная	F1	0,14±0,14	5,57±0,24	6,43±0,24	15,28±0,18	3,29±0,18	0,43±0,20
8	повторная	F1	0,14±0,14	15,43±0,38	15,43±0,28	9,86±0,34	2,71±0,20	0,14±0,14
10	повторная	F1	0,14±0,14	11,29±0,24	13,14±0,28	11,71±0,20	3,14±0,14	0,14±0,14
13	повторная	F1	0,14±0,14	13,57±0,20	14,71±0,18	12,43±0,20	2,86±0,14	0±0
Всего*	повторная	F1	0,24±0,08	12,27±1,81	11,22±1,71	11,98±1,60	2,53±0,47	0,16±0,06
2	первичная	F1	0,43±0,20	0,14±0,14	11,71±0,29	14,00±0,22	2,29±0,18	0,43±0,20
4	первичная	F1	0,29±0,18	4,00±0,22	13,57±0,37	9,29±0,29	3,29±0,18	0,14±0,14
6	первичная	F1	0,28±0,18	0,43±0,20	10,86±0,71	11,43±0,20	3,91±0,41	0,14±0,14
9	первичная	F1	0,43±0,20	13,71±0,18	16,00±0,24	10,43±0,24	4,57±0,20	0±0
11	первичная	F1	0±0	2,57±0,20	11,57±0,20	10,57±0,24	5,14±0,14	0±0
12	первичная	F1	0±0	4,00±0,24	12,71±0,24	11,28±0,18	4,29±0,18	0±0
Всего*	первичная	F1	0,24±0,08	4,14±2,03	12,74±0,76	11,17±0,65	3,91±0,41	0,12±0,07
1	повторная	ЛПС	0,14±0,14	18,0±0,31	18,71±0,36	19,14±0,34	16,28±0,32	0,14±0,14
3	повторная	ЛПС	0,71±0,20	19,14±0,34	6,71±0,18	6,00±0,22	1,71±0,20	0±0
5	повторная	ЛПС	0,43±0,20	15,29±0,29	16,14±0,34	11,29±0,36	0,86±0,14	0±0
7	повторная	ЛПС	0,28±0,18	16,57±0,20	16,43±0,28	16,71±0,24	2,43±0,20	0,29±0,18
8	повторная	ЛПС	0,14±0,14	15,57±0,34	6,14±0,34	11,29±0,34	1,86±0,14	0,43±0,20
10	повторная	ЛПС	0±0	10,57±0,20	14,00±0,24	12,28±0,18	3,14±0,14	0,14±0,14
13	повторная	ЛПС	0,14±0,14	15,71±0,18	16,29±0,24	12,29±0,18	2,71±0,18	0,14±0,14
Всего*	повторная	ЛПС	0,26±0,09	15,84±1,03	13,49±1,90	12,71±1,59	4,14±2,04	0,16±0,06
2	первичная	ЛПС	0,43±0,20	2,57±0,20	14,86±0,26	14,14±0,14	4,86±0,22	0,29±0,18
4	первичная	ЛПС	0,29±0,18	6,29±0,29	15,57±0,20	6,57±0,20	2,14±0,14	0±0
6	первичная	ЛПС	0,28±0,18	2,71±0,18	12,86±0,31	11,29±0,18	3,43±0,20	0,14±0,14
9	первичная	ЛПС	0,43±0,20	14,71±0,28	17,29±0,28	11,00±0,24	4,28±0,18	0,14±0,14
11	первичная	ЛПС	0,29±0,18	6,00±0,24	14,86±0,28	12,28±0,18	5,14±0,14	0,43±0,20
12	первичная	ЛПС	0,31±0,04	6,02±1,85	14,86±0,63	10,95±1,02	4,05±0,45	0,19±0,06
Всего*	первичная	ЛПС	0,31±0,04	6,02±1,85	14,86±0,63	10,95±1,02	4,05±0,45	0,19±0,06

Примечание: *- среднее содержание ЛфР для группы

лимфоцитов

Содержание ЛфР к F1 и ЛПС приведено в таблице 1. Динамика их содержания приведена на рисунке 1.

Как видно из таблицы 1, до вакцинации ЛфР к F1 и ЛПС не обнаружены ни у одного из 13 обследованных людей, хотя 7 из них были вакцинированы ранее (не менее чем за год до настоящей вакцинации). После вакцинации ЛфР к F1 и ЛПС выявлены у всех вакцинированных людей. Обнаружено различие в динамике ЛфР у людей, вакцинированных первый раз и вакцинированных повторно. В группе первично вакцинированных ЛфР к F1 на второй день после вакцинации обнаружены только у 4 из 6 вакцинированных (их среднее содержание составило $4,14 \pm 2,03\%$), а у вакцинированных повторно – у всех 7 человек и их среднее содержание было достоверно ($P < 0,05$) более высоким ($12,27 \pm 1,81\%$). Аналогичная картина отмечена при выявлении ЛфР к ЛПС: у первично вакцинированных среднее содержание ЛфР к ЛПС было $6,02 \pm 1,85\%$, а у вакцинированных повторно – значительно больше, $15,84 \pm 1,03\%$. На 13-14 день после вакцинации среднее содержание ЛфР к F1 в группе первично вакцинированных было достоверно большим, чем в группе повторно вакцинированных людей ($3,91 \pm 0,541$ и $2,53 \pm 0,47\%$ соответственно, $P < 0,05$). Среднее содержание ЛфР к ЛПС в этот срок в обеих группах практически не различалось ($4,05$ и $4,14\%$ соответственно). В целом среднее содержание ЛфР к F1 и к ЛПС у вакцинированных повторно было большим, чем при первичной вакцинации. Это хорошо видно на рисунке №1. Также следует отметить, что содержание ЛфР к ЛПС, как в группе первично вакцинированных, так и в группе вакцинированных повторно было существенно большим, чем ЛфР к F1.

Начиная с 20-21 дня после вакцинации, ЛфР обеих специфичностей не определялись.

Динамика активности антител.

У всех исследованных сывороток титр РГА с ФЭБ был менее 1:20. Как видно из таблицы 1, у первично вакцинированных людей до введения вакцины титр антитела к F1 отсутствовали (титр РПГА меньше 1:20). В этой же группе отмечено наличие низких титров

РПГА с ЭД из ЛПС (в среднем $281 \pm 1,1$), что, вероятно обусловлено возможностью перекрестных реакций между ЛПС *Y. pestis* и другими бактериями кишечной группы, в частности кишечной палочки. Известно, что в крови здоровых людей имеется так называемый «естественный» уровень нормальных антител к условно-патогенным микроорганизмам, в том числе и к бактериям кишечной группы [Г.С.Шамсутдинова, Г.С.Суходоева, Н.П.Куценко и др. Нормальные антитела к некоторым штаммам энтеробактерий у доноров / В сб. «Актуальные проблемы инфекционной патологии и аллергологии», Алматы, 1995, с.203-209]. В группе повторно вакцинированных до вакцинации обнаружены низкие титры антител, как к F1, так и к ЛПС (средний титр $399 \pm 1,2$ и $407 \pm 1,2$ соответственно), что, по-видимому является результатом предыдущих вакцинаций. Следует отметить, что титр антител к ЛПС до вакцинации в группе повторно вакцинированных был достоверно ($P < 0,05$), чем в группе первично вакцинированных.

Как видно из таблицы 2, достоверное нарастание титра антител к F1 и ЛПС отмечено на 7-9 день после вакцинации и продолжалось до конца наблюдения (62-63 день после вакцинации).

Динамика антител к обоим антигенам *Y. pestis* представлена на рисунке 2. С использованием метода сравнения двух кривых показано, что кривые динамики активности антител к F1 и ЛПС в группах первично и повторно вакцинированных параллельны. При этом обнаружено достоверное превышение титра антител к F1 в динамике поствакцинального ответа в группе повторно вакцинированных, по сравнению с группой вакцинированных первый раз ($P < 0,05$). Достоверной разницы в титрах антител к ЛПС в этих группах не было ($P > 0,05$).

Обсуждение.

Как уже говорилось выше, поствакцинальный антигенспецифический иммунный ответ протекает в две стадии: начальная и эффекторная [7-9]. Начальная стадия связана с появлением в организме вакцинированных людей и животных антигенспецифических лимфоцитов или лимфоцитов, имеющих рецепторы к антигенам

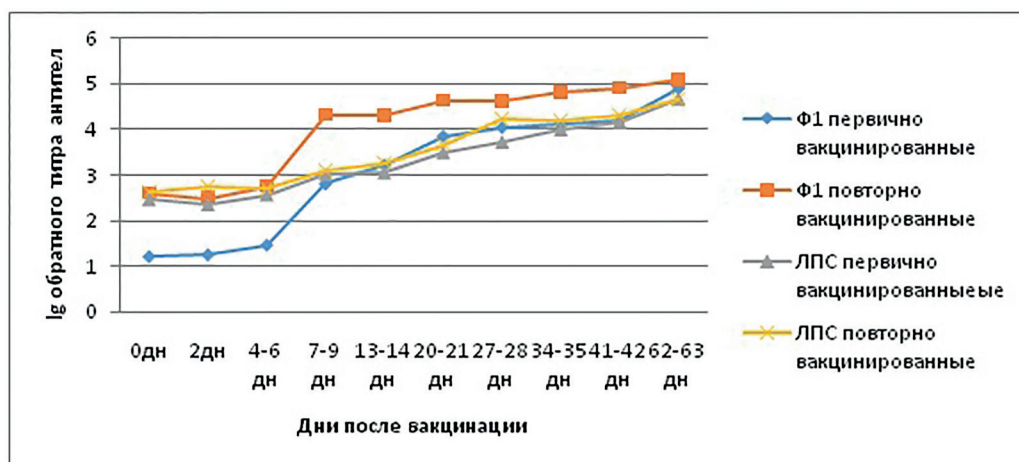


Рис 2. Динамика активности антител у вакцинированных людей

Таблица 2.

Динамика активности антител у вакцинированных людей

№ вакцинируемого	Кратность вакцинации	Специфичность антител	Количества ЛФР и их средняя квадратическая ошибка, в %					
			До вакцинации	после вакцинации на				
				2 день	4-6 день	7-9 день	13-14 день	20-21 день
1	повторная	F1	0,14±0,14	6,43±0,30	6,71±0,18	19,0±0,31	0,14±0,14	0,29±0,18
3	повторная	F1	0,71±0,18	18,29±0,47	6,29±0,29	5,86±0,14	3,86±0,22	0,14±0,14
5	повторная	F1	0,29±0,18	15,29±0,18	15,86±0,14	9,71±0,36	1,71±0,18	0±0
7	повторная	F1	0,14±0,14	5,57±0,24	6,43±0,24	15,28±0,18	3,29±0,18	0,43±0,20
8	повторная	F1	0,14±0,14	15,43±0,38	15,43±0,28	9,86±0,34	2,71±0,20	0,14±0,14
10	повторная	F1	0,14±0,14	11,29±0,24	13,14±0,28	11,71±0,20	3,14±0,14	0,14±0,14
13	повторная	F1	0,14±0,14	13,57±0,20	14,71±0,18	12,43±0,20	2,86±,14	0±0
Всего*	повторная	F1	0,24±0,08	12,27±1,81	11,22±1,71	11,98±1,60	2,53±0,47	0,16±0,06
2	первичная	F1	0,43±0,20	0,14±0,14	11,71±0,29	14,00±0,22	2,29±0,18	0,43±0,20
4	первичная	F1	0,29±0,18	4,00±0,22	13,57±0,37	9,29±0,29	3,29±0,18	0,14±0,14
6	первичная	F1	0,28±0,18	0,43±0,20	10,86±0,71	11,43±0,20	3,91±0,41	0,14±0,14
9	первичная	F1	0,43±0,20	13,71±0,18	16,00±0,24	10,43±0,24	4,57±0,20	0±0
11	первичная	F1	0±0	2,57±0,20	11,57±0,20	10,57±0,24	5,14±0,14	0±0
12	первичная	F1	0±0	4,00±0,24	12,71±0,24	11,28±0,18	4,29±0,18	0±0
Всего*	первичная	F1	0,24±0,08	4,14±2,03	12,74±0,76	11,17±0,65	3,91±0,41	0,12±0,07
1	повторная	ЛПС	0,14±0,14	18,0±0,31	18,71±0,36	19,14±0,34	16,28±0,32	0,14±0,14
3	повторная	ЛПС	0,71±0,20	19,14±0,34	6,71±0,18	6,00±0,22	1,71±0,20	0±0
5	повторная	ЛПС	0,43±0,20	15,29±0,29	16,14±0,34	11,29±0,36	0,86±0,14	0±0
7	повторная	ЛПС	0,28±0,18	16,57±0,20	16,43±0,28	16,71±0,24	2,43±0,20	0,29±0,18
8	повторная	ЛПС	0,14±0,14	15,57±0,34	6,14±0,34	11,29±0,34	1,86±0,14	0,43±0,20
10	повторная	ЛПС	0±0	10,57±0,20	14,00±0,24	12,28±0,18	3,14±0,14	0,14±0,14
13	повторная	ЛПС	0,14±0,14	15,71±0,18	16,29±0,24	12,29±0,18	2,71±0,18	0,14±0,14
Всего*	повторная	ЛПС	0,26±0,09	15,84±1,03	13,49±1,90	12,71±1,59	4,14±2,04	0,16±0,06
2	первичная	ЛПС	0,43±0,20	2,57±0,20	14,86±0,26	14,14±0,14	4,86±0,22	0,29±0,18
4	первичная	ЛПС	0,29±0,18	6,29±0,29	15,57±0,20	6,57±0,20	2,14±0,14	0±0
6	первичная	ЛПС	0,28±0,18	2,71±0,18	12,86±0,31	11,29±0,18	3,43±0,20	0,14±0,14
9	первичная	ЛПС	0,43±0,20	14,71±0,28	17,29±0,28	11,00±0,24	4,28±0,18	0,14±0,14
11	первичная	ЛПС	0,29±0,18	6,00±0,24	14,86±0,28	12,28±0,18	5,14±0,14	0,43±0,20
12	первичная	ЛПС	0,31±0,04	6,02±1,85	14,86±0,63	10,95±1,02	4,05±0,45	0,19±0,06
Всего*	первичная	ЛПС	0,31±0,04	6,02±1,85	14,86±0,63	10,95±1,02	4,05±0,45	0,19±0,06

Примечание: * - средний титр для группы.

иммуногена (вакцины) [7-9]. Эффекторная стадия поствакцинального иммунитета характеризуется образованием антител, которые в большинстве своем и обеспечивают протективный эффект. Ранее в модельных опытах на животных с использованием ЖЧВ и герпетической вакцин, а также при обследовании больных, получавших лечебную герпетическую вакцину, было показано, что чем раньше появляются и быстрее исчезают ЛФР, тем интенсивнее антителный ответ на эти же антигены [5,7-9]. Как показало наше исследование ЛФР, специфичные к антигенам *Y. pestis*, не обнаружены у людей до введения ЖЧВ, независимо от того первый раз был человек вакцинирован или это была повторная вакцинация с интервалом не менее одного года. При этом у повторно вакцинированных ЛФР регистрировались не позднее второго дня, а у первично вакцинированных – на 2-4 день после вакцинации. К 20 дню ЛФР уже исчезали,

причем их содержание на 13-14 день после вакцинации в группе первично вакцинированных было уже большим, чем в группе повторно вакцинированных. Достоверное нарастание титра антител той же специфичности отмечено лишь на 7-9 день после вакцинации и максимум антителной активности отмечено через два месяца после вакцинации (срок наблюдения). Таким образом, ЛФР при повторной вакцинации появляются и исчезают раньше, чем при первичной, а антителный ответ при повторной вакцинации более интенсивный, особенно при выявлении антител к Ф1 антигену. Эти данные подтверждают ранее полученные в модельных опытах на животных о связи начальной и эффекторной стадий иммунного ответа на ЖЧВ.

Выводы.

1. ЛФР с рецепторами к Ф1 и ЛПС *Y. pestis* обнаружены у всех людей, первично и вторично

вакцинированных живой чумной вакциной.

2. Начальная стадия иммунного ответа была следующей: у первично вакцинированных ЖЧВ ЛфР с рецепторами обнаруживались со 2-4 дня, а у повторно вакцинированных – не позднее 2-го дня после вакцинации. До вакцинации и после 20-го дня после вакцинации ЛфР не выявлялись.

3. При повторной вакцинации людей ЖЧВ титры антител на антигены *Y. pestis*, особенно на Ф1, был существенно выше, чем при первичной вакцинации.

Литература:

1. Атлас распространения особо опасных инфекций в Республике Казахстан./под ред. Л.А. Бурделова //Алматы, 2012. -232с.
2. Коробкова Е.И. Живая противочумная вакцина.- М.«Медгиз», 1956.- 207 с.
3. Inglesby T.V., Dennis D. T., Henderson D.A. et al. Plague as a biological weapon: medical and public health management. Working Group on Civilian Biodefense//JAMA.- 2000.- v.283.-p.2281–2290.
4. Williamson E., Flick-Smith Y/, LeButt C., Human immune response to a plague vaccine comprising recombinant F1 and rV antigens.//Infect. Immun., 2005, 73: 3598-3608.
5. Б.В. Каральник, П.Н. Дерябин, Т.С. Пономарева, Т.Г.Денисова, Б.Б.Атиабар, Т.И. Тугамбаев, С.Б.Закарян/ Экспериментальный анализ влияния иммуномодуляции на эффективность живой чумной вакцины/ Волгоград
6. Пономарева Т.С., Дерябин П.Н., Каральник Б.В., Денисова Т.Г., Тугамбаев Т.И., Атиабар Б.Б., Закарян С.Б., Мельникова Н.Н. Влияние беталейкина на показатели антигенспецифического ответа в модельных опытах иммунизации животных живой чумной вакциной//Цитокины и воспаление.-С.-Петербург.-2014.- т.13.-№1.-с.57-62.
7. Karalnik B.V., Denisova T.G. Immunomodulation and stages of antigen specific response on herpes antigens//Medimond International Proceedings.-IV World asthma and COPD forum and XVI international congress on rehabilitation in medicine and immunorehabilitation.-2011.-.-p.231 – 235.
8. Каральник Б.В., Денисова Т.Г. «Иммуномодуляция как путь изучения иммунорегуляторных функций антигенсвязывающих лимфоцитов»// Аллергология и иммунология, 2011, т.12, № 1, с.54-55.
9. Omarova M.N., Karalnik B.V., Denisova T.G. et al. Influence of immunomodulation on the first stage of antigen specific response to herpes vaccine in experiment //Medical and Health Science Journal, Prague, 2011, v.8, p.21-26.

СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ ОТ СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ – ПОВЕШЕНИЯ, КАК СЛЕДСТВИЕ СУИЦИДА

Мукашев М.Ш., Джанболотов С., Бречко А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализом суицидальной смерти через странгуляционную асфиксию-повешение, установлено, что за 2014г. 61,68 %, за 2015 год- 88,23% умерших покончили жизнь самоубийством. При этом преобладающее большинство погибших были люди трудоспособного возраста (от 16 до 55 лет), причем 50,59% погибших в 2014 году и 41,88% погибших в 2015 году находились в состоянии алкогольного опьянения различной степени.

Ключевые слова: механическая асфиксия, повешение, суицид.

ӨЗҮН ӨЗҮ ӨЛТҮРГӨНДӨРДҮН АРАСЫНДАГЫ МЕХАНИКАЛЫК АСФИКСИЯНЫН-МУУНУП ӨЛҮҮНҮН ТУТУМУ

Мукашев М.Ш., Джанболотов С., Бречко А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өзүн өзү өлтүргөндөрдүн тутумун анализдегенде 2014 жылы 61,68%, 2015 жылы- 88,23% өзүлөрүн асып дүйнөдөн кайткандыгы аныкталды. Өлгөндөрдүн деерлик көпчүлүгү ишке жарамдуу курактагы (16дан 55 ке чейинки) адамдар болгон, алардын арасында ичимдик ичип алып муунуп өлгөндөрдүн саны 2014 жылы 50,59% ,2015 жылы -41,88% түзгөн.

Негизги сөздөр: механикалык асфиксия, муунуп өлүү, суицид.

STRUCTURAL CHARACTERIZATION OF DEATHS FROM STRANGULATION MECHANICAL ASPHYXIA - HANGING, AS A RESULT OF SUICIDE

Mukhashev M.Sh. Zhanbolotov S. Brechko A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Analysis of suicidal death by strangulation asphyxia, hanging, found that in 2014. 61.68% in the 2015 year to 88.23% of the deceased committed suicide. At the same time the vast majority of the victims were people of working age (16 to 55 years old), and 50.59% of those killed in 2014 and 41.88% of victims in 2015 were intoxicated by varying degrees.

Keywords: mechanical asphyxia, hanging, suicide.

Актуальность.

Известно, что ухудшение социально-экономических условий, различные стрессовые воздействия (безработица, долговая яма, бытовые и служебные проблемы и т.д.) отрицательно отражаются на психологическом состоянии человека. В условиях крупного города население имеет более стрессогенные условия проживания вследствие психологических, экономических и моральных перегрузок [5].

Охрана и укрепление психологического здоровья представляет сложную задачу, которую следует решать не только в рамках системы здравоохранения, но и в социальной сфере страны в целом, понимая, что психическое здоровье есть проблема государственная [4].

Ежегодно 873000 человек во всем мире заканчивают жизнь путем суицида, а среди причин смерти молодых людей в возрасте 15-29 в мировом масштабе самоубийства занимают второе место [2]. По отчету Европейского бюро ВОЗ [7], в Кыргызстане наибольшее количество суицидов также приходится на возраст от 15 до 34 лет.

ВОЗ делит все страны по показателю суицида на три группы:

1. низкий уровень самоубийств (до 10 случаев в год на 100000 человек);
2. средний уровень самоубийств (от 10 до 20 случаев в год на 100000 человек);
3. высокий и очень высокий уровень самоубийств (свыше 20 человек в год на 100000 человек).

В городе Бишкек при предположительном 1000000

населении, уровень самоубийств на 100000 человек колеблется в пределах от 6 до 13 суицидентов, однако же экстраполировать эту цифру на всю республику нельзя [3].

По данным [6], значительное количество суицидов пришлось на возраст 16-48 лет, являющийся цветущим, учебно - и трудоспособным возрастом, а наиболее приемлемым способом для суицидальных действий является механическая асфиксия через повешение.

Наиболее выраженными факторами, способствующими суицидальным намерениям молодых людей, являются:

- Высокий уровень эффективности с чрезмерной эмоциональной фиксацией на неудачах;
- Неуверенность с ощущением своей несостоятельности, непригодности.
- Социальный пессимизм с чувством неразрешимости текущих сложностей.
- Низкий уровень временной перспективы со страхом неудач и поражений в будущем [1].

В связи с актуальностью данной проблемы, нами поставлена **ЦЕЛЬ** – изучить в сравнительном аспекте структуру смертности от странгуляционной асфиксии - повешения, как наиболее частого способа суицида за 2014-2015 годы по г. Бишкек.

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ экспертных заключений из архива РЦСМЭ МЗ КР за 2014-2015 годы и использованы аналитический, статистический и экспертные методы исследований:

Установлено, что за 2014г. было исследовано всего 1582 трупа, из которых в 107 случаях(6,76%) смерть пострадавших наступила от различных видов механической асфиксии, среди механических асфиксий-странгуляционная асфиксия – повешение была причиной смерти в 66 случаях (61,68%).

В 2015 году всего исследовано 1452 трупа, из которых в 102 случаях (7,08%) причиной смерти были различные виды механической асфиксии. Странгуляционная асфиксия-повешение как непосредственная причина смерти, встречалась в 90

(88,23%) случаях. (табл.1.)

Из таблицы 2 видно, что 2014 году среди лиц мужского пола в 50,59 % случаях погибшие находились в состоянии различной степени алкогольного опьянения. Среди лиц женского пола в 70,73% случаях погибшие были трезвыми.

В 2015 году 41,88% погибших мужчин находились в состоянии алкоголизации организма различной степени, при этом в 58,10 % случаев к моменту смерти находились в трезвом состоянии.

Больше половины женщин (53,57%) пошли на

Таблица 1.
Структура механической асфиксии.

Годы	Всего исслед. трупов.	Всего механических асфиксий					
		Странгул.	Компр.	Обтурац.	Аспирац.	утопление	всего
2014	1582	66 (61,68 %)	0	9 (8,41%)	18 (16,82%)	14 (13,08%)	107
2015	1452	90 (88,23%)	0	5 (4,90%)	0	7 (6,86%)	102

Таблица 2.
Алкоголизация организма.

годы	Степень алкогольного опьянения							
	Всего исслед. трупов	пол	Отсутствует	Легкая	Средней степени	Сильной степени	Тяжелой степени	Всего
2014	1582	м	26 39,39%	13 19,69%	10 15,15%	10 15,15%	7 10,6%	107
		ж	29 70,73%	3 7,31%	3 7,31%	1 2,43%	5 12,19%	
2015	1452	м	43 58,10%	2 2,70%	9 12,16%	11 14,86%	9 12,16%	102
		ж	15 53,57%	0	2 7,14%	7 25%	4 14,28%	

Таблица 3.
Половозрастная структура погибших.

Год	Всего трупов	Кол-во исслед. трупов	Пол, возраст погибших													
			мужчин													
			0-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71 и более
2014	1582	107	0	1	6	16	5	5	5	10	8	2	5	1	1	1
			женщин													
			1	1	6	9	4	3	4	4	2	1	3	2	1	0
2015	1452	102	мужчин													
			1	0	4	6	11	10	10	11	11	6	5	1	1	2
			женщин													
			0	2	5	2	3	1	3	3	2	1	1	0	0	0

суицид в трезвом состоянии.

Из таблицы 3 явствует, что большинство погибших от механической асфиксии как мужчин, так и женщин находились в цветущем, работоспособном возрасте от 16 до 55 лет.

Рекомендации: для выявления структуры и частоты суицидальной смертности от механической асфиксии-повешения по регионам и в масштабе всей страны необходимо дальнейшее углубленное изучение данной проблемы с учетом смертности на 100000 населения.

Выводы:

1. Странгуляционная асфиксия – повешение является наиболее частой причиной смерти при суицидальных действиях лиц и мужского и женского пола.

2. К суицидальным действиям склонны наиболее молодые, работоспособные лица и женского и мужского пола.

3. Большинство погибших от странгуляционной асфиксии находились в различной степени алкогольного опьянения.

4. Алкоголизация организма является одним из способствующих факторов суицида.

Литература:

1. Атаканова А., Ибраимова Н., Асанбаева Э.М. факторы суицидального риска у студентов КГМА. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, №3, - 2015 с.19-22.
2. ВОЗ. Превенция самоубийств. Руководство для лиц, оказывающих первичную медицинскую помощь-Женева, 2005-23с.
3. Исмаилов Н.К., Ясанова С.В., Латышова С.Н., Клычбаев Т.Т. –Сравнительный анализ самоубийств за период с 1996 по 2008 год. Физиология, морфология и патология человека и животных в условиях Кыргызстана. Ежегодный сборник научных статей, посвященный 15-летию медицинского факультета КРСУ, Бишкек, 2009, с. 371-376
4. Кемелова В.К. Научный анализ организации медико-психологической помощи в условиях крупного города (г.Бишкек). Автореф канд. мед. наук, Бишкек, 2012-23с.
5. Кладов С.Ю. Морфофункциональная характеристик при завершенных суицидах путем повешения. Автор уч. ст. канд. мед, наук Томск, 2005,-22с.
6. Мукашев М.Ш., Клычбаев Т.Т. Структурная характеристика суицидальной смерти смертельных отравлений алкалоидами опия. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева №1, 2011.- с.36-39.
7. Отчет по проекту Европейского бюро. ВОЗ «Суицидологическая ситуация в Кыргызской Республике. Превенция суицидов» - Женева, 2008.-42с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЛИЗОРУКОСТЬЮ ПРИ ПАТОЛОГИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**Кенджаева Д.О., Усенко В.А.**Кыргызский медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
Бишкек, Кыргызская Республика**Резюме . Цель.** Оценить эффективность комплексного лечения больных с близорукостью и патологией ШОП.**Материалы и методы:** В исследование было включено 96 больных с миопией различной степени (192 глаза). Среди них пациенты с миопией слабой степени – 36 больных (72 глаза), средней степени – 29 больных (58 глаз), высокой степени – 31 больной (62 глаза). По степени поражения ШОП: I ст. – симптом «струны» – 20 б-х, II ст. – спондилолистез – 10 больных, III ст. – сколиозы – 33 больных, IV ст. – остеохондрозы – 13 больных. Все пациенты получали, наряду с общепринятыми препаратами, целенаправленное лечение патологии ШОП: электрофорез с папаверином 1%, массаж воротниковой зоны, лазерное воздействие на верхний шейный симпатический ганглий. Всем пациентам проводилось стандартное офтальмологическое обследование, дополнительно ультразвуковая доплерография позвоночной и глазничной артерий до и после лечения с анализом индекса периферического сопротивления (RI), также зрачковые рефлексы – время вызванного зрачкового цикла и скорость зрачковых рефлексов по Томпсону и Миллеру.**Результаты:** Проведенное исследование показало, что отмечается достоверное повышение скорости кровотока в систолу в ГА и ПА у пациентов с миопией слабой, средней и высокой степени с патологией ШОП II, III, IV ст. после лечения. Индекс периферического сопротивления в большей степени достоверно снижался у пациентов с миопией высокой степени и патологией ШОП IV ст. Исследование ВВЗЦ также дало их достоверное уменьшение, что сопровождалось ускорением зрачковой реакции.**Заключение:** Комплексное лечение пациентов с близорукостью и патологией ШОП показало свою эффективность повышением скорости кровотока, снижением индекса периферического сопротивления и достоверным улучшением показателей зрачковых рефлексов.**Ключевые слова:** миопия, шейный отдел позвоночника (ШОП), позвоночная артерия (ПА), глазничная артерия (ГА), зрачковые рефлексы (ВВЗР), скорость кровотока (Vmax).**АЛЫСТЫ ЖАКШЫ КӨРӨ АЛБАГАН ООРУУЛУАРДЫН ОМБ ЖАБЫРКООСУ МЕНЕН КОШТОЛГОНДОГУ АБАЛЫН КОМПЛЕКСТИК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ****Кенджаева Д.О., Усенко В.А.**Кайра даярдоо жана жогорулатуу Кыргыз медициналык институту
Бишкек, Кыргыз Республикасы**Корутунду. Максат:** Алысты көрө албоодо жана ОМБ жабыркоосу менен коштолгондогу абалды комплекстик дарылоонун натыйжалуулугун баалоо. **Колдонуулар жана ыкмалар:** изилдөөгө 96 оорулуу алысты көрө албаган ар түрдүү деңгээлдеги оорулуу (192 көз). Аларды ичинен аз деңгээлдеги – 36 (72 көз), орто деңгээлдеги – 29 (58 көз), жогорку деңгээлдеги 31 (62 көз). ОМБ жабыркоосунун деңгээли: I деңг – “кылдар сыяктуу” белгиси менен – 20 ооруу, II деңг – спондилолистез – 10 ооруу, III деңг – омуртканын кыйшаюусу – 33 ооруу, IV – остеохондроз – 13 ооруу. Бардык ооруулар демейдеги дарылоодон сырткары атайын багытталып ОМБ жабыркоосуна карата: 1% папаверин менен электрофорез, моюн ганглийлерине лазердик таасир берүү менен дарыланышкан. Бардык оорууларга стандарттык көз текшерүүлөрү өткөрүлгөн: омуртка жана көз артерияларын дарыланганга чейин жана дарылангандан кийин ультра үндүү доплер менен текшерүү жалпы каршылыкты анализдөө ошондой эле каректин рефлекси – каректеги циклдин пайда болуу убактысын Томпсон жана Миллер боюнча карек рефлексинин ылдамдыгын аныктоо. Жогоруда өткөрүлгөн текшерүүнүн натыйжасында систолада КА жана ОА кан айлануунун ылдамдыгын анык жогорулатууда аз, орто, жана бийик деңгээлдеги алысты жакшы көрө албаган II, III, IV деңгээлдеги ОМБ жабыркоосу менен коштолгон ооруулардын дарылоодон кийин жалпы каршылык, көбүнчө жогорку деңгээлдеги миопия жана ОМБ жабыркоосунун IV деңг. анык түрдө азайган. Изилдөөлөрдүн негизи КР анык түрдө азайганы белгилүүнүдө, анткени каректин реакциясынын ылдамдуулугу менен коштолууда. **Жыйынтык:** Алысты жакшы көрө албаган ооруулардын ОМБ жабыркоосу менен коштолгондогу абалын комплекстик дарылоодо өзүнүн эффективдүүлүгүн төмөнкүчө көрсөтө алды, кан айлануунун ылдамдагы жогорулады, жалпы каршылыктын индекси азайды жана каректин рефлексинин көрсөткүчтөрү жакшырганы аныкталды.**Негизги сөздөр:** миопия, омуртканын моюн бөлүмү (ОМБ), омуртка артериясы (ОА), көздүн артериясы (КА), карек рефлекси (КР), кан айлануунун ылдамдагы.**EFFICACY OF THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH MYOPIA AND PATHOLOGY OF CERVICAL PART OF SPINAL COLUMN****Kendjaeva D.O., Usenko V.A.**Kyrgyz Medical Institute of retraining and advanced training
Bishkek, the Kyrgyz Republic**Resume. Purpose:** to assess therapeutic efficacy of complex treatment patients with myopia and pathology of cervical spinal column.**Methods:** The study included 96 patients (192 eyes) with myopia of different degrees: low myopia- 36 (72 eyes), mild – 29 (58 eyes), high myopia – 31 (62 eyes).

According to the changes of cervical spine patients were divided into three groups: I – with “string” symptom- 20, II- spondilolistesis – 10, III- osteochondrosis -13.

All patients accepted standard treatment and additional target treatment: electrophoresis with papaverin 1%, massage of cervical zone, laser therapy on cervical zone. All patients underwent standard ophthalmological examination and additional ultrasound dopplerography of a. ophthalmica and vertebral before and after treatment, analysis of index of peripheral resistance, and pupillary responses.

Keywords: myopia, cervical spine, a. vertebral, a. ophthalmica, pupillary responses, blood flow.

Актуальность.

Близорукость остается в настоящее время одной из актуальных проблем в офтальмологии.

По данным современной литературы во всем мире страдают от миопии более 1,6 млрд. людей (Холден Б., Смит Э., 2010). В структуре инвалидности миопии среди взрослых занимает третье место, среди детей – второе (Ху Данин, 2001; Либман Е. С., Шахова Е. В., 2003).

Среди многообразных причин в развитии и прогрессии близорукости немаловажное значение имеет патология шейного отдела позвоночника (ШОП) – Березина Т. Г., 1983; Кузнецова М. В., 2004.

По данным литературы, среди причин первичной инвалидности опорно-двигательной системы остеохондроз позвоночника занимает первое место и составляет 44% (Шапиро К. И., 2009).

Причинами офтальмологических нарушений при патологии шейного отдела позвоночника являются сдавление позвоночной артерии и заднего шейного симпатического нерва, от которого раздражение передается внутренней сонной артерии (ВСА) и глазничной (ГА). Вегетососудистые расстройства сопровождаются микроциркуляторными нарушениями в глазу и дисфункцией аккомодативно-зрачковой системы (Дроздов А. Г. 1989 г.)

В соответствии с этим, в профилактике прогрессии близорукости имеет большое значение своевременное выявление патологии ШОП и проведение целенаправленного лечения.

Цель работы.

Оценка эффективности комплексного лечения больных с близорукостью и патологией ШОП.

Материалы и методы.

Обследованию подлежало 96 больных (192 гла.), с миопией слабой степени – 36 б-х (72 гла.); средней степени – 29 б-х (58 гла.); высокой степени – 31 б-х (62 гла.).

По возрастному составу: до 10 лет – 14б-х (28 гла.); 11–15 лет – 45 б-х (90 гла.); 16 – 20 лет – 18 б-х (36 гла.); 21–30 лет – 13б-х (26 гла.); >30 лет – 6 б-х (12 гла.).

По степени поражения ШОП: I ст. – симптом “струны” – 22 б-х; II ст. – спондилолистез – 10 б-х; III ст. – сколиозы – 33 б-х; с IV ст. – остеохондроз – 13 б-х.

Контрольная группа (КГ) больных с миопией без патологии ШОП – 18 больных.

Критериями оценки эффективности комплексного лечения являются улучшение показателей после лечения гемодинамики, зрачковых рефлексов, стабилизации и повышения остроты зрения у больных с миопией.

Наряду с общепринятыми методами обследования проводились исследования ультразвуковой доплерографией (УЗД) в позвоночной и глазничной артериях до и после лечения, а также исследования зрачковых рефлексов – время вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ) и скорость зрачковых рефлексов по методу S. D. Miller и H. S. Thompson, 1978.

В комплексный метод лечения включали, наряду с общепринятыми препаратами (сосудорасширяющими, антигипоксантами, нейропротекторами, витаминотерапии, СаДЗ и др.) проводилось целенаправленное лечение патологии ШОП в виде: электрофореза с папаверином гидрохлорида 1%

или магнезией сульфата 4%, массаж воротниковой зоны №10 и лазерное воздействие на область верхнего шейного симпатического ганглия; консультации и лечение у невропатолога и ортопеда.

Обсуждение результатов.

Как видно из таблицы №1,2 отмечается достоверное повышение скорости кровотока в систолу (V_{max}) в ГА и ПА у пациентов с миопией слабой, средней и высокой степеней с патологией ШОП II, III и IV стадиями.

Так, при патологии ШОП II степени у лиц с близорукостью средней и высокой степени до лечения V_{max} составляет соответственно – 23,2 см/с $\pm$ 1,22 и 22,7 см/с $\pm$ 3,09 в ГА и 24,0 см/с $\pm$ 1,9 и 21,1 см/с $\pm$ 2,1 в ПА. После лечения в ГА – 27,7 см/с $\pm$ 1,4 и 27,4 см/с $\pm$ 1,6; в ПА – 30,4 см/с $\pm$ 4,1 и 26,6 см/с $\pm$ 4,0 ($p < 0,01$).

При патологии ШОП III стадии до лечения в ГА V_{max} = 26,6 см/с $\pm$ 2,09 при миопии средней степени и 22,6 см/с $\pm$ 2,88 при миопии высокой степени, после лечения соответственно 27,5 см/с $\pm$ 1,1 и 25,5 см/с $\pm$ 1,4; в ПА соответственно – 22,2 см/с $\pm$ 3,2 и 19,0 см/с $\pm$ 3,2 до лечения, после лечения – 25,1 см/с $\pm$ 1,9 и 21,7 см/с $\pm$ 2,1 ($p < 0,01$).

При патологии ШОП IV стадии V_{max} в ГА до лечения – 25,4 см/с $\pm$ 2,06 и 25,0 см/с $\pm$ 2,1; после лечения – 26,4 см/с $\pm$ 1,6 и 26,2 см/с $\pm$ 1,1 ($p < 0,05$); в ПА соответственно – 23,1 см/с $\pm$ 2,2 и 21,0 см/с $\pm$ 1,8 до лечения, после лечения – 26,1 см/с $\pm$ 2,2 и 24,6 см/с $\pm$ 3,3 ($p < 0,01$).

Наряду с этим, отмечается достоверное снижение индекса периферического сопротивления (RI) в большей степени у лиц с патологией ШОП IV стадии с близорукостью высокой степени. Так, если до лечения в глазничной артерии RI = 0,91 $\pm$ 0,16, то после лечения – 0,76 $\pm$ 0,01 ($p < 0,001$); в ПА соответственно – 0,80 $\pm$ 0,02 и 0,74 $\pm$ 0,01 ($p < 0,01$).

Понижение RI означает ауторегуляторное снижение сосудистого сопротивления за счет расширения терминальных кровеносных сосудов.

Критерием оценки эффективности проводимого комплексного лечения больных с близорукостью и подтверждение связи патологии глаза и шейного отдела позвоночника является улучшение зрачковых рефлексов (Таблица №3,4).

Как видно из таблицы №3,4 при всех стадиях патологии ШОП и различных степенях близорукости отмечается достоверное уменьшение показателя – время вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ), сопровождающегося ускорением зрачковой реакции (V). Так, при патологии ШОП II стадии больных с миопией средней степени ВВЗЦ после лечения уменьшилось с 1094 мсек $\pm$ 14 до 816 мсек $\pm$ 14 ($p < 0,01$); и отмечается ускорение зрачковой реакции с 3,2 мм/с $\pm$ 0,07 до 4,2 мм/с $\pm$ 0,04 ($p < 0,001$); при миопии высокой степени – соответственно 1160 мсек $\pm$ 17 до 874 мсек $\pm$ 17 ($p < 0,01$) и с 3,1 мм/с $\pm$ 0,08 до 4,1 мм/с $\pm$ 0,04 ($p < 0,001$).

При патологии ШОП III стадии и миопии средней степени ВВЗЦ сократилось с 1166 мсек $\pm$ 14 до 913 мсек $\pm$ 14 ($p < 0,01$), а скорость зрачковой реакции увеличилась с 3 мм/с $\pm$ 0,08 до 3,9 мм/с $\pm$ 0,06 ($p < 0,001$); при близорукости высокой степени соответственно – с 1192 мсек $\pm$ 15 до

Таблица №1.

Состояние гемодинамики в глазничной артерии (ПА) после проведения комплексной терапии при миопии с патологией ШОП.

Ст. пат. шоп	гр. М	Кол-во б-х/гл.	ПА			
			V max		RI	
			до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
II ст	М сл ст	3/6	29,1±1,63	29,6±1,4*	0,74±0,04	0,72±0,01*
	М ср ст	3/6	23,2±1,22	27,7±1,4**	0,81±0,03	0,73±0,01**
	М в ст	4/8	22,7±3,09	27,4±1,6**	0,79±0,03	0,73±0,03**
III ст	М сл ст	12/24	28,0±1,8	29,1±1,2*	0,75±0,02	0,72±0,01**
	М ср ст	10/20	24,6±2,09	27,5±1,1***	0,77±0,02	0,74±0,01**
	М в ст	9/18	22,6±2,88	25,5±1,4**	0,77±0,01	0,74±0,02*
IV ст	М сл ст	3/6	25,6±3,0	26,8±1,7*	0,82±0,04	0,69±0,03***
	М ср ст	3/6	25,4±2,06	26,4±1,6*	0,76±0,03	0,74±0,01*
	М в ст	7/14	25,0±2,1	26,2±1,1*	0,91±0,16	0,76±0,01***

Таблица №2.

Состояние гемодинамики в позвоночной артерии (ПА) после проведения комплексной терапии при миопии с патологией ШОП.

Ст. пат. шоп	гр. М	Кол-во б-х/гл.	ПА			
			V max		RI	
			до леч.	после леч.	до леч.	после леч.
II ст	М сл ст	3/6	30,0±2,4	31,1±3,6*	0,64±0,02	0,58±0,02**
	М ср ст	3/6	24,0±1,9	30,4±4,1***	0,65±0,02	0,61±0,01*
	М в ст	4/8	21,1±2,1	26,6±4,0***	0,72±0,01	0,67±0,01**
III ст	М сл ст	12/24	22,5±2,4	26,6±3,7***	0,71±0,01	0,68±0,03**
	М ср ст	10/20	22,2±3,2	25,1±1,9**	0,75±0,03	0,70±0,03**
	М в ст	9/18	19,0±3,2	21,7±2,1**	0,70±0,02	0,69±0,01*
IV ст	М сл ст	3/6	25,1±2,1	27,2±3,1*	0,74±0,04	0,73±0,04*
	М ср ст	3/6	23,1±2,2	26,1±2,7**	0,76±0,02	0,73±0,02*
	М в ст	7/14	21,0±1,8	24,6±3,3**	0,80±0,02	0,74±0,01**

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

Таблица №3.

Состояние зрачковых рефлексов после комплексной терапии при близорукости с патологией ШОП

Ст. пат. ШОП	Гр. М	Кол-во б/х-гл	ВВЗЦ (м сек)		
			КГ	До леч.	После леч.
II ст.	М сл ст	3/6		1024±15	755±15**
	М ср ст	3/6		1094±14	816±14**
	М в ст	4/8		1160±17	874±17**
III ст.	М сл ст	12/24		1120±14	840±14**
	М ср ст	10/20		1166±14	913±14**
	М в ст	9/18		1200±16	902±14**
IV ст.	М сл ст	3/6		1192±15	966±16**
	М ср ст	3/6		1635±20	1238±20***
	М в ст	7/14		1702±19	1252±20***
КГ	М сл ст		936 ±15		
	М ср ст		1018±17		
	М в ст		1097±15		

Таблица №4.
Состояние зрачковых рефлексов после комплексной терапии при близорукости с патологией ШОП

Ст. пат. ШОП	Гр. М	Кол-во б/х-гл	V зр. р-ии, мм/с		
			КГ	До леч.	После леч.
II ст.	М сл ст	3/6		3,61±0,06	4,4±0,04**
	М ср ст	3/6		3,2±0,07	4,2±0,04***
	М в ст	4/8		3,1±0,08	4.1±0,04***
III ст.	М сл ст	12/24		3,4±0,09	4,2±0,06**
	М ср ст	10/20		3,0±0,08	3,9±0,06***
	М в ст	9/18		2,58±0,08	3,5±0,06***
	М сл ст	3/6		2,6±0,07	3,6±0,07***
IV ст.	М ср ст	3/6		2,08±0,08	3,4±0,07***
	М в ст	7/14		1,88±0,08	3,2±0,08***
КГ	М сл ст		3,43±0,06		
	М ср ст		3,24±0,09		
	М в ст		3,1±0,08		

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

966 мсек ± 16 ($p<0,01$) и с 2,6 мм/с ± 0,07 до 3,6 мм/с ± 0,07 ($p<0,001$).

При патологии ШОП IV стадии у лиц с миопией средней степени уменьшение ВВЗЦ с 1635 мсек ± 20 до 1238 мсек ± 20 ($p<0,001$) и увеличение скорости с 2,08 мм/с ± 0,08 до 3,4 мм/с ± 0,07 ($p<0,001$); при миопии высокой степени соответственно – с 17,02 мсек ± 19 до 12,52 ± 20 ($p<0,001$) и с 1,88 мм/с ± 0,08 до 3,2 мм/с ± 0,08 ($p<0,001$).

Таким образом, достоверное улучшение показателей зрачковых рефлексов (ВВЗЦ и скорость зрачковых реакций) свидетельствуют о взаимодействии патологии ШОП и органа зрения, а также об эффективности проводимого комплексного лечения.

Проведенные исследования выявили:

1. Достоверное повышение скорости кровотока в систолу (V_{max}) в глазничной и позвоночной артериях у больных с близорукостью и патологией ШОП после проведенного комплексного лечения.

2. Снижение индекса периферического сопротивления (RI), свидетельствующего за расширение периферических сосудов.

3. Достоверное улучшение показателей зрачковых рефлексов – снижение времени вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ) и повышение скорости зрачковых реакций (V), свидетельствующих о взаимосвязи данной патологии с патологией шейного отдела позвоночника ($r=0,63$ по Пирсону).

Литература:

1. Holden B., Sankaridurg P., Smith E., Aller T., Jong M., He M. Myopia, an underrated global challenge to vision: where the current data takes us on myopia control // Eye (Lond). 2014. V. 28 (2). P. 142-146.
2. Ху Данин. Роль генетических факторов в происхождении миопии. «Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата». Труды международного симпозиума 18—20 декабря 2001 — М.- С. 90 -92.
3. Либман Е.С., Шахова Е.В., Вербельская В.М. Клинико-социальные аспекты инвалидизирующей близорукости / Материалы Международного симпозиума. М., 2001. – С. 55-56.
4. Березина Т.Г. Значение родовых повреждений позвоночных артерий в развитии близорукости у детей (неврол. аспекты пробл.) // Дис. ...канд.мед.наук. - Казань, 1983. (53.)
5. Кузнецова В.М. Причины развития близорукости и ее лечение. М., 2004. -С. 51-57.
6. Шапиро К.И. Основные причины первичной инвалидности от травм опорно-двигательной системы у лиц молодого возраста / К.И. Шапиро // Ортопед., травматол. 2009. - № 4. - С. 87-89.
7. Дроздов А.Г. Изучение зрачковой функции у детей с начальной миопией // Офтальмол. ж. - 1989. - №8. - С.476-480.

“МАНАС”ЭПОСУНДАГЫ ЭЛДИК САЛТТУУ ХИРУРГИЯ ЖАНА АНЫН АЙРЫМ МЕТОДДОРУ

Тентигул кызы Назира

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду. Негизги максаты болуп XIX кылымдын аягындагы XX кылымдын башындагы Кыргыздардын салттуу дарыгерчилигин изилдөө эсептелет. Кыргыздардын илгерки турмушунда элдик хирургия болгонун “Манас” эпосунда жакшы чагылдырылган. Сынган сөөктүү сакайтуу, жөнөкөй операцияларды жасай билүү жана шак-шак, аштар, тинтүүр, шимшүүр сыяктуу жөнөкөй хирургиялык аспаптардын биздин күндөргө чейин келип жетиши мунун далили.

Негизги сөздөр: элдик табып, сыныкчы, шак-шак, аштар, тинтүүр, шимшүүр, картык, мумия, кан чыгаруу ж.б.

НАРОДНАЯ ХИРУРГИЯ И НЕКОТОРЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ЭПОСЕ “МАНАС”

Тентигул кызы Назира

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра философии и общественных наук
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Основной целью работы является исследование традиционного лечения кыргызского народа конца XIX – начала XX веков. В эпосе «Манас» ярко отражается народная хирургия. Народные костоправы проводили различные операции на открытые переломы, вывихи, накладывали «гипс». В эпосе «Манас» упоминаются такие народные инструменты как «шак-шак», «аштар», «тинтүүр», «шимшүүр».

Ключевые слова: народный целитель, костоправ, «шак-шак», «аштар», «тинтүүр», «шимшүүр», картык, мумия, кровопускания и т.д.

PEOPLE’S SURGERY AND SOME METHODS OF TREATMENTS IN THE EPIC “MANAS”

Tentigul kyzy Nazir

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Department of Philosophy and Social Sciences
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The main purpose is to study the traditional treatment of the Kyrgyz people in the late XIX - early XX centuries. In the epic “Manas” it is clearly reflected the people’s surgery. Traditional bone setters carried out various operations on the open fractures, sprains, imposed “plaster”. In the epic “Manas” it is referred to such folk instruments as “shak-shak”, “Ashtar”, “tintyyr”, “shimshyyr”.

Keywords: healer, chiropractor, “shak-shak”, “Ashtar”, “tintyyr”, “shimshyyr” kartyk, mummy, bloodletting, etc.

“Манас”эпосундагы элдик салттуу хирургия жана анын айрым методдору

Көчмөн тиричиликтиң ар кандай жагдайларында, согуш убагында, о.э. аталган улуттук оюндардын учурунда адамдар колу-бутун чыгарып, белин мертинтип, сөөктөрүн сындырып алышкан да, сыныкчы-табыпка кайрылууга аргасыз болушкан.

Сыныкчы деп сөөктүн муундан чыгып кеткенин жана сөөк сынганда, аны ордуна келтирип, туура таңып, айыра алган дарыгер аталган. Сыныкчылар ички сезими өтө күчтүү адамдар катары айырмаланышып, көпчүлүк учурда, денедеги так ошол сынган жерди сыйпалап, сылап туруп, тууралап келип, катуу тартуу менен тайыган сөөктү ордуна келтиришкен. Ал эми тишикти болсо ар кандай шыпаалуу делген жалбырактар менен жаап, кошо таңышкан. Сынган жерге (колго, же бутка), ошол сөөктүн чучугуна тийбеш керек. Эгер сөөктүн чучугуна тийген болсо, анда ошол жер ириндеп кеткен. Ириндеген жерге төөнүн жүнүн эшитип коюп, же жаап, шак-шактап таңып, иринди сыртка сордуруп чыгарган. Анткени, төөнүн жүнү иринди ары кетирбей, бери соруп чыга алуу сыяктуу шыпаалуу касиетке ээ.

Сыныкчылар сөөгү сынган, же чыккан адам корсет катары пайдаланган шак-шакты колго жасашкан. Шак-шактын негизи бирдей өлчөмдө, бирдей узундукта кесилип алынган бир нече катуу жыгачтан даярдалып, үзүлбөгөн жип менен 1-2 см интервал сайын өз ара байланыштырылган. Аталган конструкция сөөктүн тез өсүшүнө, же болбосо кынтыксыз бүтүшүнө шарт түзгөн.

Сыныктын түрүнө жараша бутка, колго, белге, кабыргага арналып жасалган шак-шактар болот.

Илимий маалыматтарга таянсак, адамдын организмдеги башка ткандарга салыштырганда сөөк тканы бир катар өзгөчөлүктөрү менен айырмаланат. Анткени, тирүү сөөктүн тканы сөөккө өзгөчө катуулукту берип турган минералдык туздарга бай келет. Сөөктүн химиялык курамы адамдын жашына, кабыл алган тамак-ашынын мүнөзүнө, адатына жана организмдеги зат алмашуу процессине байланыштуу болот. Ар бир сөөк ар башкача кызмат аткаргандыктан, алардын түзүлүшү да бири биринен кескин айырмаланып турат[1]

Сынык бүтүн сөөктүн бузулушу болуп эсептелет. Сөөктүн сынышы ар кандай оор жаракаттан (травмадан) улам пайда болот. Сөөк сынган мезгилде тери жана булчуң эттер зыянга учурабаса, анда мындай жаракат жабык сынык, ал эми аталган дене мүчөлөрү зыянга учуроо менен коштолгон жаракат ачык сынык деп аталат [2].

Ачык сыныктын түрлөрү: сөөктүн түз чорт сынышы, сөөктүн буралып сынышы, сөөктүн кыйгачынан сынышы.

Сыныктын белгилери: сөөктүн нормалдуу түзүлүшү өзгөрүп, тегереги шишип кетет; сынган жер салаңдап, кыймыл жасоого мүмкүн болбой калат; сөөктүн сынган жерин кармап көргөндө, кычыраган дабыш угулуу менен ал жер катуу ооруйт; адамдын тынчын алат.

Элдик табыптар, сыныкчылардын маалыматы боюнча сөөк сынганда биринчи жардам сынган сөөктү кыймылдабагыдай кылып, атайы жука тактай, фанера,

картон ж.б. нерселер менен шак-шактап таңып, жабыр тарткан органга тезинен тынчтык түзүп берүүгө аракеттенүү сыяктуу жөнөкөй «хирургиялык» ыкмалар менен байланыштуу.

«Манаста» жөнөкөй «хирургиялык» ыкмалар жөнүндө кабар бар. «МАНАС» ЭПОСУНДА «ХИРУРГИЯЛЫК» ЫКМАЛАРДЫН СЫПАТТАЛЫШЫ:

Колу-буту сынганын,
Шак-шактарын жонушуп,
Соорунуна шапа-шуп,
Коюп жаткан дагы бар[3].

Кай бир учурда эпосто шак-шактын кандай формада, кайсы жыгачтан жасалышы айтылат:

«Манас» эпосунда шак-шактын формасы жана жыгачы тууралуу:

Буту сынган мунун деп,
Теректерден табышып,
Челек кылып чабышып,
Оюп жүргөнн андан көп [4].

В. И. Кушелевский белгилегендей, «кыргыз табыптары миздүү куралдардан пайда болгон жарааттарды укмуштуудай билгичтик менен дарылашат. Алар мындай жарааттарга ар кандай талаа чөптөрүн басышат»[5]. «Манас» эпосунда да элдик хирургия жана ошого байланышкан жөнөкөй хирургиялык аспаптар, сынган сөөктү айыктыруу ыкмалары тууралуу маалыматтар кеңири кездешет. Кыргыз дарыгери колдонгон аспаптардан эпосто жараны тиле турган скалцпелц формасындагы курч бычак - аштар жөнүндө маалымат кездешет. «Манас» эпосунда аштардын сыпатталышы төмөнкүдөй: **Аштар**, наштар - кыргыздардын элдик медицинасында колдонулган байыркы аспап. Кош миздүү, болоттон жасалган курч бычак. Жоокердик замандагы негизги милдети жараттагы бузук канды чыгаруу болгон. Эпосто аштар денеге сайылып, токтоп калган жебенин сыныгын же окту тилип чыгарып алуу үчүн да колдонулганы айтылат:

Сом этине калды деп,
Чыкпай туруп алды деп,
Аштар алып колуна
Тилип жаткан андан көп[6].

Денеге токтоп калган жебенин сыныгын же окту аштар менен тилип алуу процесси эпосто аштарлоо деп аталат:

Токтогон окту аштарлап, Тилип жаткан андан көп[7].

Денеге калган жаанын огунун ж. б. темир куралдардын сыныгынын канчалык терендикте жатканын билүү үчүн жана да окту ордуна козгоп, копшутуш үчүн колдонулган тинтүүр аттуу жөнөкөй аспап болгондугун «Манас» эпосу күбөлөйт.

Тинтүүр («тint» деген этиш сөздөн) - элдик медицинада колдонулган аспап. «Манас» эпосунда чагылдырылган тинтүүр көбүнчө уруш-салгылаштардан кийинки эпизоддорду сүрөттөгөндө учурайт. Мисалы, Сагымбай Орозбаковдун вариантында тинтүүр тууралуу төмөнкүдөй маалымат айтылат: Сом жеринде ок бар деп, Тинтүүр менен копшутуп [8]. Тинтүүрдү жараатка салып, адамдын денесине туруп калган жаанын огун, башка куралдардын сыныгын таап, канча терендикте жатканын билүү, ордуна копшуу үчүн пайдаланылган. Тинтүүр алтын, күмүш, темир зымдан жана эң эле айла кеткенде табылгыдан да жасалчу деген маалымат бар. Эпосто тинтүүрдүн коргошундан жасалганы эскерилет: Сөөккө

жакын ок бар деп, Коргошун тинтүүр салыптыр[9].

Тинтүүр тууралуу эпостогу маалыматтарды археологиялык табылгалар аркылуу бышыктоого болот. Мындай «сырдуу» аспапты 1971-жылы Тувада Хеличин суусунун Эне-Сай дарыясына куйган жеринде археологиялык казуулардын негизинде А. Д. Грач тапкан. Бирок, 1979-жылга чейин бул буюмдун функциясы так аныкталган эмес Муну аныктоодо «Манастын» ж. б. кыргыз эпосторунун материалдары зор жардамын тийгизген. ТУВАДАН ТАБЫЛГАН ТИНТҮҮРДҮН СЫПАТТАЛЫШЫ Бул археологиялык табылга темир зымдан жасалып, сөөк кынга салынган. Болжол менен узундугу 14 -15 см келет, зымдын жоондугу - 0,5 см. Өзөгү (зым) кутудан 1 - 2 см чыгып турат. Башы иймек болуп кайрылган. Сөөк кындын сыртында кыргыздын көчөтүнө окшогон оюулар бар. Аталган буюм 9-10-кылымдарда жашаган эне-сайлык кыргыздын мүрзөсүнөн табылган. Бул азыркы кыргыз этносунун эне-сайлык кыргыздар менен байланышы бар экенинин күбөсү болуп эсептелет. Ошону менен катар эле бул аспап байыркы кыргыздарда элдик хирургия өнүккөнүн көрсөтөт.

Сагымбай Орозбаковдун вариантында шимшүүр деген да бир аспаптын аты эскерилет:

Ок жуткуруп окшутуп,
Шимшүүр менен копшопуп,
Сом эттеги окторду,
Тилип жаткан дагы бар[10].

Элдик хирургияда колдонула турган ыкмалар туурасында «Манас» эпосунда да маалыматтар кездешет. Мисалы, «Мажму ат-таварих» боюнча Манас кансырап, оор абалда калганда Канбай бакадур деген киши согуш майданынан атка мингизип алып чыгып кетет. Аны Каракожо деген адам дарылап, денесинен бир топ жаанын огун чыгарат[11].

«Манастын» ар кандай варианттарында жаанын огун денеден чыгаруу ыкмалары тууралуу учкай түрүндө болсо да кездешет. Мисалы, Сагымбай Орозбаковдун вариантында кытайдын Кулутка деген жоокерине жаанын огу тийгенде төмөнкүдөй сүрөттөлөт:

Алты илегер барганы
Дары сыйпай салганы.
Сыйпаган болуп дарыны,
Окту тартып алганы.
Тартканында ок чыкты
Окко кошо көк чыкты.
Көк аралаш кан чыкты[12].

Жараткан аккан канды токтотуу ыкмасы. Илимий деңгээлдеги хирургия кыргыз табыптарына тааныш эмес болгон, ал тургай, алар асептика [13]жана антисептика [14] тууралуу эч нерсе билишкен эмес. Ошондой болсо да, ачык жана жабык мүнөздөгү сыныктар учурунда кыргыз табыптары жараатка чалдыккан жумшак ткандардан аккан канды күйгөн кийиз менен токтотуунун өзгөчө ыкмасын билишкен. Алар жараатка күйгүзүлгөн кийиздин күлүн себип, же күйгүзүлгөн курумшуну басышса да, жараат ириндеп кеткен учурлар кездешкен эмес. Канды күйгөн курумшу менен токтотуунун дарыгерчилик ыкмалар «Манастын» саптарында чагылдырылган. Мисалы, элдик медицинада кеңири белгилүү болгон аккан канды ысык кийиз менен басып токтотуу жана териге отургузуу тууралуу Ч. Валиханов жазып алган текстте мындайча баяндалат:

Каапырдын каны Жолойдун

Жаагынан каны жыйылбай,
Кызыл суу болуп акты эле,
Жолом үйдөн кийизди
Кыйып келип жапшырды,
Аган эле болбоду
Жолум үйдө кол алып
Дагы келип жапшырды
Ошондо гана тыйылып калды дейт.
Токсон өгүз терисин
Каптап эле кийди дейт[15].

Бузук канды, же иринди сордуруп алуу ыкмасы. «Манас» эпосунун материалдары боюнча кыргыз табыптары сүлүк курттардын, же оңконун жардамы аркасында организмдеги жаман канды, б.а. ооруган жерден кан сордуруп алуу ыкмасын жакшы билишкен. Бул максатта алар адамдын ар кайсы жерине сүлүк курттарды коюшкан.

Кыргыз табыптары чыйканды жана тикенек кирип кеткен жерди кол менен сыгып, жараттын ордун кан чыкканча ооз менен соруп, андан соң ал жерди чүпүрөк менен бекем таңып коюуну сунуш кылышкан. Дарылоонун ушундай эле ыкмалары жылаан, же уулуу курт-кумурскалар чаккан жерди дарылоодо да колдонулган. Кыргыз табыптары дарттуу адамдын денесинен бузук канды ооз менен соруп алуу ыкмасын да билишкен. Кызыл жүгүрүктү (ревматизмди) дарылоодо алар шишиктин өтө кызарып турган жерин курч устара менен бир аз тилип алып, табып оозу менен оорулуунун канын улам соруп алып, улам сорулган канды жерге түкүрүп турган. Мындай максатта табыптар өзүнүн оозу менен оорулуунун денесин байланыштырып, уйдун мүйүзүнөн жасалган атайы түтүкчөнү колдонушкан. Уйдун мүйүзүнүн курч учу кесилип салынып, атайы эмчилик мүнөздөгү түтүкчөгө айландырылган. Ооруган жерден кан алууга, канды, иринди, денеге туруп калган желди сордуруп таштоого колдонуучу табыптардын уйдун мүйүзүнөн жасалган аспабы, түтүкчөсү **картык** деп аталган.

Картык кыргыздар арасында илгертен эле кеңири таралып, суук тийген, жел турган жерге оңко (медициналык айнек банка) сыяктуу коюлган.

Бузулган канды сордуруп алуу үчүн колдонулган картык деген аспап да «Манастын» саптарынан кездешет. «Манас» үчилтигинин «Сейтек» бөлүмүндө далысынын кечири кесилип жараланган Күлчорону табып аяш атасы Момунжан ириндеген жарага картык коюп, таза эмес кандарды сордуруп, дарылаганы эскерилген. Картык негизги варианттарда көпчүлүк окуяларда баяндалат. Картык жөнүндө кенже эпостордо да кеңири маалымат берилет.

Түтүкчөнүн жоон жагы бузук канды соруп алуу үчүн оорулуунун денесинин курч устара менен алдын ала тилинип алган жерине орнотулган. Мүйүздүн ичке жагын оозуна салып жана аны эч кыймылдатпастан туруп, табып түтүкчө канга толмоюнча, же жетишээрлик кан алынмайынча, бузук канды соро берген. Көпчүлүк учурларда табып түтүкчөнү оозуна жакындатуу менен өз оозуна “тыгын” катары пайдаланылган кичирээк кагазды, же чүпүрөктү салып алат. Ал мүйүздүн ичиндеги абаны соруп алып, тилинин жардамы менен түтүкчөнүн ичке жагын оозундагы кагаз, же чүпүрөк аркылуу тыгындайт да, соруу процессин токтотот. Мүйүздү оозунан чыгарып, ал колу менен да тыгынды бекемдейт. Мындай вакуумдук ыкманын натыйжасында мүйүз автоматтык түрдө бузук

канга толуп чыгат.

Н. Зеланд кан чыгаруунун дагы бир баёу ыкмасын эскерген. Кыргыз жана казак табыптары тууралуу кеп кылуу менен ал мындай деп жазган: «Алар өз денесине сүлүк курттарды коюшат, же жоон камыш түтүк аркылуу канды шишиктин үстүнө соруп чыгарышат»[16]. Картык колдонуу аркылуу кан чыгаруу ыкмасы казактардын, бухаралык еврейлердин, казандык татарлардын элдик медицинасында да кездешет.

Кыргыздардын илгерки көчмөн турмушунда элдик хирургия болгон. Сыныкчы-табыптарды элдик хирургдар деп атоого толук негиз бар. Сынган сөөктү сакайтуу, жөнөкөй операцияларды жасай билүү жана шак-шак, аштар, тинтүүр, шимшүүр сыяктуу жөнөкөй хирургиялык аспаптардын биздин күндөргө чейин келип жетиши мунун далили. Сөөгү сынган оорулууларга табыптар мумия ичиришкен. Бул маалыматтар ата-бабалардан азыркы мезгилдеги урпактарга чейин оозеки түрүндө жеткен. Мисалы, «Манас» эпосунда жогоруда айтылган дары заттар жана элдик дарылык ыкмалардын көпчүлүгү анын бардык варианттарында кездешет.

Колдонулган адабияттар:

1. Исраилов А. Сөөктүн сыныгы жөнүндө. – Фрунзе, 1971; Мусаев Н. Оорунун пайда болушу жөнүндө илимий жана диндик көз караштар. – Фрунзе, 1971. 15-бет.
2. Маалымат Исраилов А. Сөөктүн сыныгы жөнүндө. – Фрунзе, 1971; Мусаев Н. Оорунун пайда болушу жөнүндө илимий жана диндик көз караштар. – Фрунзе, 1971 боюнча келтирилүүдө.
3. Кол жазмалар фонду. 573-инв. 236-бет.
4. Кол жазмалар фонду. 573-инв. 236-бет.
5. Кушелевский В. И. Материалы для медицинской географии и санитарного описания Ферганской области. – Т. I. – Новый Маргелан, 1890. Ферганский областной статистический комитет. – VIII. – С. 402
6. Орозбаков С. Манас. – Т. I. 287-бет.
7. Каралаев С. Манас. – Т. I. 130-бет.
8. Кол жазмалар фонду. 5187-инв. 194-бет.
9. Кол жазмалар фонду. 573-инв. 194-бет.
10. Кол жазмалар фонду. 5187-инв. 91-бет.
11. Мажму ат-таварих // Кол жазмалар фонду. 5114-инв. 69-бет
12. Кол жазмалар фонду. 573-инв. 223-бет.
13. Асептика (грекчеден *anti* – жок, *septicus* – ириң жаратуучу) – хирургиялык операциянын учурунда жана башка жагдайларда жараатка, тканага же дененин жаралуу бөлүгүнө кирип кеткен микробдорду профилактикалоо (мисалы, медициналык инструменттер менен жабдыктарды стерилизациялоо) методу // Большой энциклопедический словарь / Под редакцией А. М. Прохорова. – М.: Научное издательство «Большая Российская энциклопедия»; СПб.: «Норинт», 1998. – С. 75.
14. Антисептика (грекчеден *anti* – каршы, *septicus* – ириң жаратуучу) – химиялык (антисептикалык каражаттар), же биологиялык методдор аркылуу патогендүү микробдорго таасир берүү менен инфекциялуу жарааттарды жугузууну жана аларды дарылоону алдын алган метод. Бул ыкма 1867-жылы Дж. Листер тарабынан сунуш кылынган // Большой энциклопедический словарь / Под редакцией А. М. Прохорова. – М.: Научное издательство «Большая Российская энциклопедия»; СПб.: «Норинт», 1998. – С. 57.
15. Кол жазмалар фонду. 5187-инв. 99-бет.
16. Зеланд Н. Киргизы. Записки западно-сибирского отделения Русского географического общества. – 1885. – Книга 7. – № 2. – С. 76.

МЕДИЦИНА И НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ

Усупова Ч.С.

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

Резюме. Несмотря на современные высокие технологии в медицине, важными и значимыми остаются нравственные ценности в поведении врача.

Ключевые слова: нравственность, особенности кыргызского менталитета, гуманизм врача.

МЕДИЦИНА ЖАНА АДЕПТИК БААЛУУЛУКТАР

Усупова Ч. С.

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

Корутунду. Медицинадагы заманбап жогорку технологияларга карабастан, дарыгердин жүрүм турумундагы анын адептүүлүк баалуулуктары эн негизги жана маанилүү болуп калууда.

Негизги сөздөр: адептүүлүк, моралдуулук, кыргыз менталитетинин улуттук өзгөчөлүгү, гумандуулук, бүгүнкү медицина.

MEDICINE AND MORAL VALUES

Usupova Ch.S.

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

Resume. In spite of the modern high-tech medicine, important and significant are the moral values in the behavior of the doctor.

Key words: morality, Kyrgyz mentality, humanism, medicine.

Актуальность.

После приобретения суверенитета и независимости в Кыргызстане, произошли коренные изменения в подходе оказания медицинской помощи населению. Во времена Советского союза медицинская помощь предоставлялась бесплатно. Произошедшие изменения в экономике нашего государства медленно, но верно отразились и на сфере медицинского образования, а также на принципах оказания медицинской помощи. Рыночная экономика повлияла, таким образом, что некоторые направления в медицине, приобрели отпечаток коммерчески успешных предприятий. С разрушением железного занавеса между странами произошло интенсивное проникновение западных высоких технологий, а также совсем иных социально-психологических жизненных установок в медицину. Современные представления о должном облике медицинского работника не всегда совпадают с ранее существовавшим обликом советского врача.

Цель работы.

В нашей работе мы хотели исследовать нравственные изменения происходящие в поведении кыргызского врача, базируемые на ментальности нашего народа.

Кыргызы были изначально ориентированы на общественные ценности, которые достаточно сильно отличались от ценностей западных стран. У нашего народа существует целый комплекс вековых, исторических традиций, где нравственность кочевника считалась высшей ценностью, творцом которой являлся Тенир. Издревле многие ритуалы жестко регламентировали общественное и повседневное поведение в быту. Нарушение тех или иных обычаев было равносильно потере чести и достоинства человека, так как все, что существует в мире считается основанным на нравственных принципах.

Эта кочевническая форма мышления прошла длительные и различные этапы своего развития и подвергалась изменениям, под влиянием произошедших событий в общественной жизни кыргызов, тем не менее,

до сих пор эта форма не потеряла свою нравственно человеческую смысловую нагрузку и является важной чертой менталитета кыргызского народа.

В современном мире каждый человек сталкивается с потребностью оценить правдивость и ложность бытия. Считается, что общим основанием для оценки, является удовлетворенность или неудовлетворенность бытием. Человек внутренне настроенный положительно, относится к восприятию самой жизни удовлетворенно, естественное и социальное бытие для него - является общим и неотъемлемым. К сожалению темп современной жизни, разделение общества на богатых и бедных, стрессы, низкий уровень двигательной активности, половая распущенность, доступный рынок наркотических средств, алкогольная и табачная зависимость, подстрекаемая рекламой ведут к тому, в современном Кыргызстане естественное и социальное бытие вступают в противоречия.

Если вспомнить классиков, то ценность человеческой жизни, определяется уровнем его нравственного совершенства.[1] Однако «Чистой нравственности» не существует, нравственной может быть только такая деятельность, приносящая общие, полезные результаты для всего общества. Как никто более, чем врачи должны придерживаться нравственных законов, ведь критерием разума является критерий социальности, дающий конечный результат. Позитивный, деятельный врач оказывает воздействие на реальное и потенциальное бытие, именно такое отношение медицинских работников является нравственным и составляет вечную ценность, ментальных потомков Гиппократов.

Исторически возникающая общественная потребность в кодификации к сложившимся формам общественных отношений, приносящих универсальность в ценность норм и поступков, служит основанием для деятельности индивидов во всех разнообразных направлениях человеческой деятельности. Возникает вопрос о содержании нравственности в современном медицинском мире. Ведь элементарные нравственные

нормы начали развиваться в истории еще с первобытного общества. Первичные нормы нравственности выражали потребности и тенденции самосохранения первых людей, являясь внутренней движущей силой. С испокон веков в кыргызских семьях с молоком матери впитывались традиционные нравственные нормы. Современная кыргызская семья хоть и подвергается изменениям, но по-прежнему сильны нравственные устои в ментальности кыргызов. К.Маркс отмечал, что «современная семья содержит в миниатюре все те противоречия, которые позднее широко развиваются в обществе и в государстве.» [2]

Соответственно этому, на современном этапе мы видим изменения происходящие в нравственном сознании медицинских работников. К сожалению, оно не составляет постоянную и неизменную норму поведения врачей, и с изменением общественных отношений изменяется и нравственно-моральный облик медицинского работника.

Нравственные нормы, а затем и мораль в начале истории имели узкую сферу влияния на социальную жизнь, только с возникновением цивилизации мораль превратилась в самостоятельную сферу общественного сознания и этот процесс был связан с политикой господствующего класса устанавливавшего свою нравственность и мораль, которые были призваны к сокрытию истинных интересов. Поведение современных врачей социально детерминировано, но эта детерминация многообразна ее нельзя рассматривать как фатально определяющее действие, с какой-то определенной необходимостью, и строго обуславливающей все нормы поведения отдельных медиков. Наоборот, действие объективной необходимости создает возможность для творчества, новаторского поведения. Жизненные ситуации предоставляют множественность решений, они всегда для врача альтернативны. Медицинский работник должен быть нравственным, но как любой человек он имеет право

свободного выбора одного или другого действия. У врачей повышается степень свободы и ответственности с каждым обновлением общественных отношений, соответственно становятся более содержательными индивидуальные взаимоотношения между медицинскими работниками и больными. Ибо чем более многообразнее возможности выбора и чем выше уровень сознания человека, тем выше уровень свободы действий его поступков. Врач как нравственный человек более разумен, тонко чувствует свою ответственность соответственно, этому увеличивается его историческая роль и значение нравственного сознания в поведении. В Кыргызстане с изменением социального положения и интересов различных слоев населения, меняется общее представление о добре и зле. Причем мы видим, что иногда они качественно отличаются от существовавших ранее в те времена Советского союза, в кыргызском обществе растет необходимость активизации морального фактора людей, против алчности, жадности, жадности и за утверждение устоев милосердия, доброты, добрых отношений между Врачами и остальным населением в данное конкретное время.

Закключение.

Таким образом мы видим, что происходящие изменения в общественном сознании на прямую отражаются на нравственном облике врача и несмотря на все эти изменения, и даже несмотря на излишнюю меркантилизацию современной медицины присущие черты менталитета кыргызского народа такие как способность к состраданию отзывчивость и доброта имеют свое отражение в нравственном облике современного кыргызского врача.

Литература:

1. Данте А. Божественная комедия Москва 1968.- С.86
2. Маркс К., Энгельс Ф., соч.т.21.-С127