

**Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии
им. И.К. Ахунбаева**

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Алдашев А.А.
Джумабеков А.С.
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.
Раимжанов А.Р.

Редакционный совет

Абилов Б.А.
Адамбеков Д.А.
Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Аскеров А.А.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Калиев Р.Р.
Карасаева А.Х.
Карашева Н.Т.
Кутманова А.З.
Куттубаева К.Б.

Куттубаев О.Т.
Кожокматова Г.С.
Кононец И.Е.
Молдобаева М.С.
Мусуралиев М.С.
Оморов Р.А.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Усупбаев А.Ч.
Чолпонбаев К.С.
Чонбашева Ч.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА.
Телефон: (312) 54 94 60
e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

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

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики.
Регистрационное свидетельство №002564.

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.
Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ)

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

ПРОБЛЕМЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Калыкеева А.А., Кононец И.Е.

Оценка уровня тревожности студентов I - курса колледжа с различной специализацией 6

Карасаева А.Х., Бозумова К.А., Анварбекова Ы.А.

Корреляция между жалобами и биохимическими параметрами крови у спортсменов 10

Первойкин Д.М., Елясин П.А., Голубева И.А.

Влияние радонсодержащей воды на лимфатический регион тонкой кишки крыс в эксперименте 15

Мамбеталиев К.У.

Эволюционно-экологическая концепция оптимизации физической подготовки школьников, проживающих в условиях горной среды 18

Цивинская Т.А., Эсенаманова М.К.

Влияние физической нагрузки на показатели белкового обмена здоровых лиц 21

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ПРОФИЛАКТИКИ

**Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К., Аман кызы Ж.,
Жумакеева Э.К., Сокубашева Б.К.**

Оценка физического развития и состояния здоровья современных девушек-подростков г. Бишкек 24

Бапалиева Г.О. Эсенаманова М.К.

Анализ качества питьевой воды г.Бишкек и г.Джалал-Абад 28

Керимбаева И.Б., Кочкорова Ф.А. Эсенаманова М.К.

Оценка физического развития учащихся республиканской музыкальной средней специализированной школы- интерната им. М. Абдраева 31

Мингазова Э.Н., Гомзина Е.Г.

Профилактика пищевой аллергии у детей раннего возраста с использованием козьего молока и продуктов его переработки 35

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Асамбаев А.А., Ахметова Р.Х.

ВИЧ и туберкулез 38

Баялиева М.М., Халупко Е.А., Баймуратов Б.Ж.,

Карамурзаева Г.А., Кадырова Р.М.

Клиника и диагностика внутрибольничной инфекции у детей раннего возраста 42

Керимкулова А.С., Лунегова О.С., Неронова К.В.,

Бекташева Э.Э., Миррахимов Э.М.

Ассоциация Trp64Arg полиморфизма гена β 3-адренорецепторов с атерогенной дислипидемией в группе этнических кыргызов 46

СОДЕРЖАНИЕ

Колесниченко И. В., Чернецова Г. С. Актуальные вопросы диагностики и ведения больных с гидронефрозом	51
Кутманова А.З., Омуркулова Б.И. Показатели провоспалительных цитокинов при острой форме клещевого энцефалита	55
Мукашев М.Ш., Красиков М.С. Анализ судебно-медицинских критериев, служивших основанием для диагностики алкогольной болезни (алкогольной кардиомиопатии)	58
Нуржанов Ж., Бакытбек к. А., Аттокурова Р.М., Молдобаева М.С., Жалилова Б.С. Тест на цифровую последовательность в выявлении синдрома печеночной энцефалопатии	62
Оганова Н.Э. Иглорефлексотерапия в комплексном лечении при диффузном токсическом зобе	66
Ситникова Ю.Г., Кылчыкбаев А.К., Рихерт В.Н. Оценка безрецидивного органосохраняющего лечения рака молочной железы	69
Сманова Дж.К. Динамика йодурии при воздействии курса Йод-амплипульсофореза	73
Черномазова Е. А., Абитова Г.К., Усенова Н.Ш. Мигрень в современных условиях	76
Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М. Сравнительный анализ особенностей течения инфекционного мононуклеоза и ангины у детей	79
ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ	
Абдиев А.А., Авасов Б.А. Оморов Т.Б. Диагностика и лечение легочных осложнений после резекции печени	83
Акешов А.Ж., Мусаев А.И. Современные подходы к лечению альвеококкоза печени	86
Алиев М.Ж. Оперативное лечение эхинококкоза печени и его результаты	88
Алиев М.Ж., Касыев Н.Б., Максут уулу Эрлан, Орунбаева Эффективность обеззараживания плодоносных элементов эхинококка антисептиком «Декаметоксин»	91
Бейшенбаев Р.К., Ажыбаев М.Р. Выбор оптимальной тактики ведения больных синдромом механической желтухи различного генеза	95

СОДЕРЖАНИЕ

Даниленко Ю.Л., Эсембаев Б.И., Порощай В.Н., Омурбеков Т.О. Оптимизация сроков хирургического лечения детей с крипторхизмом	98
Жаманкулова М.К. Современные подходы к лечению паховых грыж	102
Ибраимов Д.С., Мусаев А.И. Выбор хирургической тактики при лечении кист поджелудочной железы	105
Касымов А.А., Жаманкулова, М.К., Мусаев А.И. Аллопластика грыжевых ворот при послеоперационных вентральных грыжах	109
Кенжекулов К.К., Мусаев А.И., Ибраимов Д.С. Применение малоинвазивных методов лечения при деструктивном панкреатите	112
Кузубаев Р.Е. Реконструктивная хирургия уретры	115
Кулукеев У.К. Оперативное лечение больных с пузырно-влагалищными свищами	119
Мамасабир уулу Н., Авасов Б.А. Малоинвазивные методы лечения билиарных осложнений после резекции печени	122
Минбаев Ж.М., Порощай В.Н., Мыкыев К.М., Передереев Р.А., Омурбеков Т.О. Результаты лечения ущемленных паховых грыж у детей	125
Мусаев У.С. Повторные операции при осложнениях и рецидивах холедохолитиаза	128
Насыров В.А., Нуркеев Н.Б., Буваев Ш.И. Инородное тело евстахиевой трубы	131
Токтогулов О.Ж. Лечение послеоперационных вентральных грыж	133
ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ	
Арипова Н.Б., Комилов Х.М. Стандартизация новых лекарственных форм меллисы лекарственной	136
ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Абасканова П.Д., Куттубаева К.Б., Алымкулов Р.Д. Отдаленные результаты лечения заболеваний пародонта ультрафонофорезом «Антоксида»	141

Мингазова Э.Н. , Зарипова Э. М., Зарипов И.Л. Программа оптимизации профилактической работы в деятельности врачей-стоматологов и оценка ее эффективности	145
Сушко Н.Ю., Кутгубаева К.Б., Жайчибекова А. Применение эубиотиков в комплексной терапии деструктивных форм периодонтитов	150
ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ	
Атаканова А.Н.,Ибраимова Н.Н., Теппеева Т.Х., Мамбеталиева Д.С. Сравнительная характеристика методов анестезии при оперативном родоразрешении	154
Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К. Оценка репродуктивного потенциала девочек-подростков на основе углубленного медицинского осмотра	157
Саякова А. Т., Бейшенбиева Г.Дж. Состояние здоровья девочек-подростков г. Бишкек в современных условиях	162

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ СТУДЕНТОВ I - КУРСА КОЛЛЕДЖА С РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИЕЙ

Калыкеева А.А., Кононец И.Е.

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

Резюме: В ходе проведенных исследований установлено, что в семестровый период обучения студенты колледжа гуманитарных и технических специальностей проявляют высокий и средний уровень тревожности. Студенты гуманитарной специальности оказались более стрессированными как по показателям ситуативной, так и личностной тревожности. Показано, что на особенности проявления состояния тревожности студентов влияют специфика учебной деятельности и половые признаки.

Ключевые слова: личностная тревожность, ситуативная тревожность, студенты колледжа.

КОЛЛЕДЖДИН I - КУРСУНУН ТҮРДҮҮ АДИСТИКТЕРДЕ ОКУГАН СТУДЕНТТЕРИНИН ТЫНЧСЫЗДАНУУ АБАЛЫН БААЛОО

Калыкеева А.А., Кононец И.Е.

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

Корутунду: Колледждин гуманитардык жана техникалык адистиктеринде окуган студенттердин семестр мезгилинде жогорку жана ортоңку деңгээлдеги тынчсыздануу абалдарынын пайда болору изилдөөнүн жүрүшүндө аныкталган. өзгөчө гуманитардык адистиктерде окуган студенттердин кырдаалдык жана жеке тынчсыздануусунун деңгээли жогорураак болушу байкалган. Студенттердин тынчсыздануу абалынын пайда болуу өзгөчөлүгү, алардын окуу иш - аракетинин өзгөчөлүгү жана жыныстык белгилери таасир этет.

Негизги сөздөр: жеке тынчсыздануу, кырдаалдык тынчсыздануу, колледждин студенттери.

ASSESSMENT OF ANXIETY IN STUDENTS OF THE FIRST COLLEGE COURSE WITH DIFFERENT SPECIALIZATION

Kalykeeva A.A., Kononets I.E.

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

Resume: In the course of the research it is found that in the period of a semester of study, students of college of humanities and technical specialties are showing high and medium levels of anxiety. Arts students were more stressed both in terms of situational and personal anxiety. It is shown that on the particular manifestations of anxiety affect student learning activities and specific sexual characteristics.

Key words: trait anxiety, situational anxiety, college students.

Актуальность. В настоящее время проблема тревожности приобретает все большую актуальность, что связано с изменениями социальной сферы, напряженным ритмом жизни и другими факторами [1]. Состояние тревоги, беспокойства впервые выделил и акцентировал З.Фрейд. Он охарактеризовал данное состояние как эмоциональное, включающее в себя переживания ожидания и неопределенности, чувство беспомощности, все это основывается на внутренних причинах.

Тревожность является как чертой личности (личностная тревожность), так и ситуативной характеристикой, возникающей в ответ на действие стрессогенных факторов.

Тревожность связана с обратимой дис-функцией мозговых связей, и с генетически детерминированными свойствами мозга, обуславливающими повышенный уровень эмоционального возбуждения и определяющих состояние тревожности на поведенческом и физиологическом уровнях [1].

Личностная тревожность, взаимодействуя с повышенной ситуативной тревожностью, вызываемой различными стрессами, приводит к усилению стресса, развитию дистресса и различным психосоматическим расстройствам [2].

Тревожность как свойство личности и тревога как ситуативное состояние взаимно

обуславливают друг друга, поскольку не представляется личностной тревожности без ее ситуативных проявлений [3].

Ч.Д.Спилберг (1983), исследуя тревожность как личностное свойство и тревогу как состояние, разделил эти два определения на «реактивную» и «активную», «ситуативную» и «личностную» тревожность [4].

По Ю. Л. Ханину (1976), состояние тревоги или ситуативная тревожность, возникают «как реакция человека на различные, чаще всего социально - психологические стрессоры. Напротив, личностная тревожность как черта, свойство дает представление об индивидуальных различиях в подверженности действию различных стрессоров. Величина личностной тревожности характеризует прошлый опыт индивида, то есть насколько часто ему приходилось испытывать ситуативную тревожность [5].

Особенно острой проблема тревожности является для подростков. В силу возрастных особенностей подростково-юношеский период часто называют «возрастом тревог».

Изучение особенностей психофизиологического развития и формирования приспособительных реакций подростков к информационным и физическим нагрузкам представляет одну из важных проблем в физиологии и психофизиологии [6].

Особый интерес вызывает изучение особенностей психофизиологического развития в переходный период от подросткового к юношескому при постоянном действии фактора внешней среды - процесса обучения [7].

Л.М. Ковалёвой (2010) исследованы студенты 1-х курсов коммунального учебного заведения КВУЗ Мелитопольского медицинского колледжа по специальности «Лечебное дело» и «Сестринское дело» [8].

Исследования, проведенные Л.М. Ковалевой, показали, что у 63% студентов специальности «Лечебное дело» и 45% студентов специальности «Сестринское дело» имеют низкий уровень тревожности, 27% и 55% соответственно имеют средний уровень, а 10% студентов факультета «Лечебное дело» - высокий уровень тревожности [8].

Таким образом, на сегодняшний день исследование психофизиологических показателей студентов является актуальной и недостаточно изученной проблемой, также не

до конца исследованы особенности проявления тревожности студентов возрастной категории 16-17 лет, обучающихся в колледжах с разной специализацией.

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния тревожности студентов 1-курса гуманитарных и технических направлений колледжа при Кыргызском государственном университете имени И. Арабаева в период семестра.

Материалы и методы исследования.

Проводилось изучение психологического состояния у 115 студентов колледжа, из них 43 юноши и 72 девушек в возрасте 15-17-лет.

Для исследования уровня тревожности студентов был использован - опросник Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина (1976) «Шкала самооценки уровня тревожности» и по получены следующие результаты.

Результаты исследований и их обсуждение. В семестровом периоде обучения у 31% студентов, обучающихся по гуманитарному и 40% студентов, обучающихся по техническому направлениям, обнаружен умеренный уровень реактивной тревожности. Также выявлено, что 69% и 50% соответственно студентов имеют высокий уровень реактивной тревожности. Эти студенты характеризуются наличием субъективно переживаемых эмоций в процессе обучения. Нужно отметить, что для студентов гуманитарной специализации не характерен низкий уровень реактивной тревожности, тогда как у 10% студентов технической специализации наблюдалась низкая реактивная тревожность в период их обучения в семестре (рис. 1,2).

На основании проведенных сравнительных исследований состояния реактивной тревожности студентов гуманитарных и технических направлений можно сделать вывод о том, что большинство студентов данных специальностей характеризуются высоким уровнем тревожности, также проявлялась умеренная тревожность, а показатели низкой тревожности полностью отсутствуют или имеют сниженные значения.

Как известно, личностная тревожность у человека характеризует повышенную склонность к переживаниям, тревогам и беспокойствам без достаточных оснований.

Изучение показателей личностной тревожности выявило, что у преобладающего

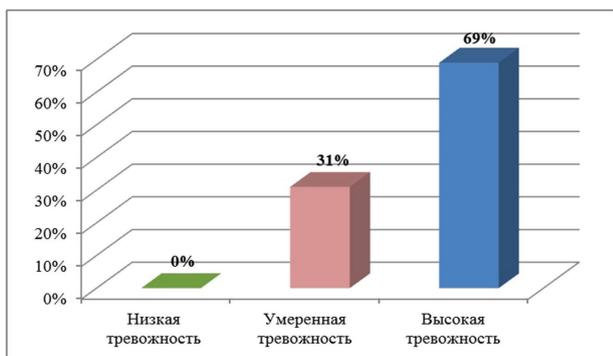


Рис.1. Показатели реактивной тревожности студентов гуманитарного направления

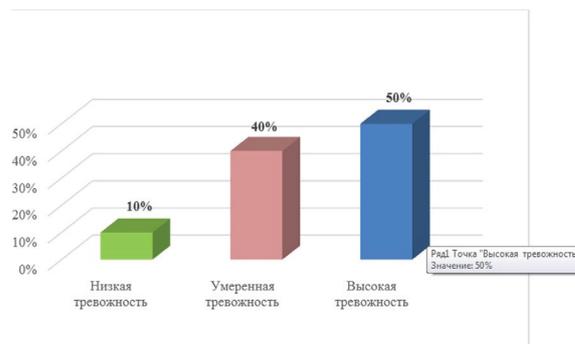


Рис. 2. Показатели реактивной тревожности студентов технического направления

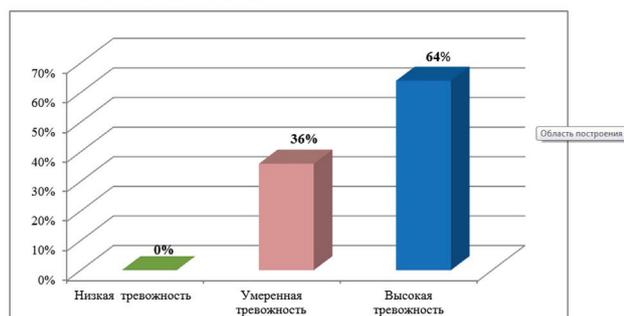


Рис. 3. Показатели личной тревожности студентов гуманитарного направления

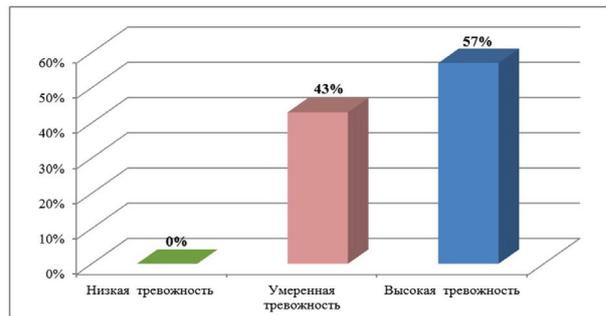


Рис. 4. Показатели личной тревожности студентов технического направления

большинства опрошенных студентов гуманитарных и технических специальностей (64% и 57% соответственно) высокий уровень личной тревожности, а показатели умеренной личной тревожности колеблются в пределах 36% и 43% соответственно. Для студентов изученных специальностей не характерно состояние низкой личной тревожности (рис.3,4).

В подростково - юношеском периоде проявляются физиологические особенности, характерные только для данного возраста. К примеру, начало функционирования половых желез, появление вторичных половых признаков, гормональная перестройка, высокие темпы роста и др. Эти факторы, конечно же, влияют и на психологическое состояние подростков.

В связи с этим, в наших исследованиях проводилось изучение влияния половых признаков на показатели тревожности у юношей и девушек.

На основании проведенных сравнительных исследований на состоянии реактивной тревожности у девушек и юношей, обучающихся по гуманитарному направлению, можно сделать вывод о том, что высокий уровень реактивной

тревожности характерен как для девушек (74%), так и для юношей (50%), хотя у юношей этот показатель имеет меньшие значения. Показатели уровня умеренной тревожности более выражены у юношей (38%), чем у девушек (26%). Установлено, что среди девушек и юношей гуманитарной специальности не зарегистрированы лица с низкой тревожностью.

У девушек и юношей, обучающихся по техническим специальностям, проявляется высокий уровень реактивной тревожности (53% и 50% соответственно), юноши с умеренной тревожностью составляют 45%, а девушки – 37%. Необходимо отметить, что среди юношей и девушек технической специальности имеются лица с низкой реактивной тревожностью, а именно, среди юношей данный показатель составил 5%, среди девушек – 10%.

Анализ полученных данных позволил сделать вывод о том, что на особенности состояния тревожности студентов разных специальностей колледжа в период их обучения в семестре оказывают влияние половые признаки. Так, по сравнению с девушками и юношами технического направления, у девушек гуманитарного направления доминирует уровень высокой реактивной тревожности,

уровень умеренной тревожности повышен у студентов-юношей технической специальности, чем у юношей и девушек гуманитарной специальности. По сравнению со студентами гуманитарного направления девушки и юноши технического направления по степени выраженности психоэмоционального стресса в данный момент времени более устойчивы, у девушек – гуманитариев показатели низкой тревожности превышают таковые у юношей.

По данным наших исследований установлено, что по сравнению с юношами гуманитарного и технического направлений показатели личностной тревожности студенток обеих специальностей в период семестрового обучения имеют высокие значения, что свидетельствует о появлении состояния тревожности в разнообразных ситуациях. У большинства юношей технической и гуманитарной специальностей преобладали показатели, характеризующие умеренный уровень личностной тревожности. Следовательно, самочувствие у испытуемых юношей более благополучное, чем у девушек изучаемых специальностей. Студенты и студентки исследуемых специальностей, имеющих низкую личностную тревожность, в период обучения отсутствовали.

Заключение.

Таким образом, представленный материал свидетельствует о том, что студенты колледжа разных специальностей проявляют высокий и средний уровень тревожности, из них студенты гуманитарной специальности оказались более стрессированными как по показателям ситуативной, так и личностной тревожности. В ходе исследований установлено, что на особенности проявления состояния тревожности влияют специфика учебной деятельности и половые признаки, что, в свою очередь, требует дальнейших углубленных исследований, направленных на снижение уровня стресса студентов и обеспечению полноценной их адаптации к условиям обучения в колледже.

Литература:

1. Черный С. В. *Нейро- и психофизиологический анализ состояния тревожности у человека. Автореферат дис. ... канд. биол. наук.* - Симферополь, 2007.-21с.
2. Авербух Е.С. *Депрессивные состояния.* -Л., 1962. –148 с.
3. Васильева Т.Н. *Личностная тревожность и её влияние на психическое состояние в учебной деятельности/ Будущее России: перспективы и стратегии развития.* -Том,IV. - Казань, 2005.
4. Спилберг Ч.Д. *Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. Пер. с англ. //Стресс и тревога в спорте.* -М., 1983. - С.12-24.
5. Ханин Ю.Л. *Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга/ Ю.Л. Ханин.* -Л., 1976.
6. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. *Возрастная физиология: физиология развития ребенка: учебное пособие.* - М., 2007.
7. Сынкова Н.А. *Роль психофизиологических показателей в формировании приспособительных реакций к различным видам учебной деятельности у студентов педагогического колледжа. Автореферат дис. ... канд.биол.наук.* - Кемерово, 2012. -19с.
8. Ковалева Л.М. *Исследование особенностей проявления стрессовых состояний студентов медицинских колледжей в период их профессиональной подготовки/ Вісник СевНТУ.* -Вып. 104. -Севастополь, 2010. -С.103 - 106.

КОРРЕЛЯЦИЯ МЕЖДУ ЖАЛОБАМИ И БИОХИМИЧЕСКИМИ ПАРАМЕТРАМИ КРОВИ У СПОРТСМЕНОВ

Карасаева А.Х., Бозумова К.А., Анварбекова Ы.А.

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

Резюме: Обследовано 25 пятиборцев и футболистов сборных команд. Установлены достоверные корреляционные связи неприятных ощущений и жалоб со стороны нервной, легочной, мочевыделительной систем и ЖКТ с 22 показателями биохимии крови. Каждая из 4-х систем имеет свою специфику корреляционным связей. Мониторинг состояния гомеостаза можно проводить по степени выраженности жалоб и ощущений спортсмена.

Ключевые слова: Восточная диагностика, биохимия крови, корреляционные связи.

СПОРТЧУЛАРДЫН ДАТТАНУУЛАРЫ МЕНЕН КАНЫНЫН БИОХИМИЯСЫНЫН ОРТОСУНДАГЫ КОРРЕЛЯЦИЯСЫ

Карасаева А.Х., Бозумова К.А., Анварбекова Ы.А.

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

Корутунду: Күрөштүн беш түрү менен алектенген 25 спортчуга жана курама команданын футболчуларына текшерүү жүргүзүлдү. Нерв, өпкө, заара бөлүп чыгаруучу системасы жана ичеги карын жолунун кандын биохимиясынын 22 көрсөтүүчү менен даттануулар жана жагымсыз сезимдердин корреляциясынын байланыштары аныкталды. Гомеостаздын абалынын мониторингин спортчунун даттануучу менен сезиминин берилишинин даражасы боюнча өткөрсө болот.

Негизги сөздөр: чыгыш диагностикасы, кандын биохимиясы, корреляциялык байланыштар.

CORRELATION BETWEEN COMPLAINTS AND BLOOD BIOCHEMISTRY IN SPORTSMEN

Karasaeva A.H., Bozumova K.A., Anvarbekova Y.A.

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

Resume: 25 pentathletes and foot- ballers of combined teams are examined. It is established reliable correlative connection of unpleasant feeling and complaints on all sides of nervous, pulmonary, urinary systems and gastrointestinal tract with 22 blood biochemical indices.

Every system has its own specific character of correlative connections.

Monitoring of hemostasis state may be carried out according to expression degree of complaints and feelings of sportsmen

Key words: Eastern diagnostics, blood biochemistry, correlative connections.

Актуальность.

Накопление шлаков в организме спортсмена становится одной из причин состояния “перетренированности” [1]. Своевременное распознавание уровня аутоинтоксикации в ходе тренировочного процесса поможет избежать негативные отклонения в состоянии здоровья путем использования методов очищения.

Аутоинтоксикация организма – это нарастающий процесс накопления в организме шлаков различного происхождения. При интенсивных физических нагрузках, необходимых в тренировочном процессе и резком целенаправленном снижении веса у

спортсмена, накопление шлаков может протекать достаточно быстро [2]. Накоплению аутошлаков способствуют обезвоживание спортсмена во время тренировок и имеющее место повышение температуры тела, которое влияет на процесс фильтрации в почках.

Напряженная физическая нагрузка у спортсменов в условиях горного климата вызывает сложные изменения биохимического состава крови для обеспечения эффективной адаптации к новым условиям. (Даниярова Н.Н., 2013 г.)

Восточная диагностика - это неинвазивная процедура, основанная на тщательном анализе

ощущений и жалоб пациента. В восточную диагностику также входит анализ состояния кожи, слизистых, цвет, запах пота, мочи, кала, изменения походки, мимики лица и т.д. (Востоков Н.Ф. 2004 г.). Для определения «ведущего признака», т.е. главной жалобы для каждой системы организма, в общей сложности определяется 96 показателей. Все жалобы, ощущения пациента, внешние признаки, изменения кожных и слизистых покровов градуируются по степени выраженности и систематизируются в главные синдромы, согласно которым назначается лечение.

Мы хотели посмотреть, насколько валидна восточная диагностика аутоинтоксикации. В нашем исследовании восточная диагностика аутоинтоксикации подкреплялась инструментальными западными приемами диагностики.

Цель данной работы – определение корреляционных связей между жалобами спортсменов и показателями биохимии крови.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились добровольцы - высококвалифицированные спортсмены представители сборных команд; пятиборцы и футболисты 15 – 25 лет. Всего обследовано 25 спортсменов, уроженцев Чуйской долины и Приыссыккуля. Каждый из добровольцев подписал лист информированного согласия на обследование.

Для выполнения биохимических анализов крови у спортсменов производился забор крови

натощак. Определялось 22 показателя биохимии крови. Анализы проводились на реактивах фирмы «Юнихелп» и «Хуман» производства Германии и Италии.

Статистическая обработка осуществлялась по программе SPSS.

Оценка достоверности взаимосвязей определяется следующими показателями:

r – коэффициент корреляции;

mr – ошибка коэффициента корреляции;

t – оценка значимости коэффициента корреляции, определяемая по формуле;

Зайцев В.М. и соавторы (2003г.) дают следующую градацию коэффициентов корреляции:

$r \leq 0,3$ – слабая корреляция;

$r 0,3 \leq 0,5$ – умеренная;

$r 0,5 \leq 0,7$ – значительная;

$r 0,7 \leq 0,9$ – сильная;

$r = 0,9$ – очень сильная.

В каждой из 7 систем организма были выбраны по одному ведущему признаку. Для каждого из ведущих признаков системы определялись корреляционные связи с 15 показателями гомеостаза.

В таблице 1 приведены значения нормы биохимических показателей крови, определяемых по нормативам указанных выше фирм.

Значение нормы биохимических показателей крови по реактивам фирм «Юнихелп» Германия и «Human» Италия.

Результаты и обсуждение

Таблица 1

Показатели биохимии крови	Норма	Показатели биохимии крови	Норма	Показатели биохимии крови	Норма
АСТ	4 г/л	мочевина в крови	1,66-8,3ммоль/л	общий белок в крови	0,62-0,85мг/дл
АЛТ	4г/л	креатинин в крови	53-115ммоль/л	альбумин в крови	3,19-4,57г/дл
холестерин крови	0,239 г/л	м о ч е в а я кислота в крови	0,2-ммоль/л	кальций в крови	2,15-2,57мг/л
О б щ и й б и л и р у б и н крови	1 мг/дл	т и м о л о в а я проба	5 ед.		
б и л и р у б и н прямой крови	0,3мг/дл	сахар в крови	3,8-6,1ммоль/л		

На схеме 1. проводится корреляционная зависимость ведущего признака нервной системы – «Внезапные кратковременные головокружения» с 9-ю показателями биохимии крови.

Ведущий признак нервной системы «Внезапные кратковременные головокружения» имеет три положительные значительные взаимосвязи в пределах $r=0,5$, $0,5$, и $0,6$, $t=3.79$, $p=0.001$, $m=0.15$. с тремя биохимическими показателями – мочевиной крови ($M\pm m=8,49777 \pm 4,212$, $t=3.7947$, $p=0.001$), содержанием кальция в крови ($M\pm m=3,2928 \pm 0,2829$) и тимоловой кислотой ($2,43277 \pm 0,519$).

Этот же ведущий признак «Внезапные кратковременные головокружения» имеет

значительные, сильные и очень сильные взаимосвязи, но со знаком минус, т.е. обратные связи, с прямым билирубином ($M\pm m=0.55 \pm 0.14$, $r=0,7$, $t=4.41$, $p=0.001$); мочевиной кислотой ($M\pm m=2.55 \pm 0.243$, $r=0,7$; $t=5.51$, $p=0.001$); АЛТ ($M\pm m=2,59 \pm 0,388$, $r=0,6$, $t=4.47$, $p=0.001$); АСТ ($M\pm m=3.658 \pm 0.226$ $r=0,7$, $t=6.94$, $p=0.001$). Особо сильные обратные связи ведущего признака нервной системы обнаружены с холестерином, ($M\pm m=0.3005 \pm 0.069$, $r=0,9$, $t=47.15$, $p=0.001$) и креатинином ($M\pm m=69.34 \pm 25.44$, $r=0,9$, $t=52.9$, $p=0.001$).

Что касается абсолютных значений биохимических показателей, то из 9 показателей отклонения от нормы обнаружено в 7 показателях.

Приведенные данные показывают, что



Схема 1. Корреляционная зависимость ведущей жалобы со стороны нервной системы – «Внезапные кратковременные головокружения» с 9-ю показателями биохимии крови.



Схема 2. Взаимосвязи ведущей жалобы со стороны ЖКТ «Пристрастие к еде» с 9-ю показателями биохимии крови.



Схема 3. Взаимосвязи ведущего признака легочной системы «Насморк и выделение слизи без других признаков простуды» с показателями биохимии крови.



Схема 4. Взаимосвязи ведущего признака мочевыделительной системы «Острый неприятный запах мочи» с показателями гомеостаза.

ведущий признак – жалоба на «Внезапные кратковременные головокружения» имеет подтверждение в отклонениях от нормы показателей гомеостаза. Причем ведущими показателями гомеостаза, подтверждающими ощущения спортсмена «внезапные кратковременные головокружения» являются тимоловая проба, уровень кальция и концентрация мочевины крови.

Из 20 жалоб и неприятных ощущений спортсмена со стороны желудочно-кишечного тракта выбор пал на ведущий признак «Пристрастие к еде».

Анализ корреляционных связей между жалобой спортсмена «пристрастие к еде» и показателями биохимии крови показывает,

что пристрастие к еде коррелирует с 9-ю показателями биохимии крови, по спектр биохимических показателей отличается от той картины, которая имеет место на схеме 1.

Из 9 показателей биохимии крови в 6 случаях имеют место отклонения от нормы. Наибольшие отклонения от нормы у показателей мочевого кислоты и общий белок.

В легочной системе из 4-х признаков, наиболее часто встречающимися в жалобах спортсменов, ведущим оказался «Насморк и выделения слизи без других признаков простуды». Эти связи представлены в схеме 3.

Если с жалобой «насморк и выделения слизи без признаков простуды» обнаружены значительные связи с мочевого кислоты

($M \pm m = 2,5209 \pm 0,2439, r = 0,5, t = 3,0515, p = 0,01$) и с тимоловой кислотой ($M \pm m = 2,432777 \pm 0,5192, -r = 0,6, t = 4,5441, p = 0,001$) соответственно, то очень сильные связи этой жалобы выявлены с 5-ю показателями гомеостаза:

- сахар крови ($M \pm m = 3,61181 \pm 0,3250, r = 0,8, t = 17,514, p = 0,001$);
- общий белок ($M \pm m = 1,32709 \pm 0,26219, r = 0,9, t = 122,4, p = 0,001$);
- холестерин ($M \pm m = 0,30054 \pm 0,0679, r = 0,9, t = 98,901, p = 0,001$);
- прямой билирубин ($M \pm m = 0,550182 \pm 0,1405, r = 0,9, t = 105,74, p = 0,001$);
- Мочевина ($M \pm m = 8,49777 \pm 4,2123, r = 0,9, t = 26837,1, p = 0,001$);

Ведущая жалоба «насморк и выделение слизи без других признаков простуды» по коэффициенту корреляции имеет обратную связь с показателями крови: креатинин и АСТ ($M \pm m = 69,34668 \pm 25,4495, -r = 0,5, t = 3,2344, p = 0,01$) и ($M \pm m = 2,5947 \pm 0,332094, -r = 0,5, t = 3,5502, p = 0,01$) соответственно.

Ведущий признак «Насморк и выделение слизи без других признаков простуды» имеет 9 выраженных связей с показателями биохимии крови. Спектр показателей крови уже другой. Из 9 биохимических показателей, с которыми связана жалоба на «Насморк», в 7 случаях сами биохимическими показатели имеют отклонения от нормы.

Ведущая жалоба со стороны мочевыделительной системы, на которую указывают спортсмены, - «Острый, неприятный запах мочи».

Из схемы 4 видно, что ведущий признак «Острый неприятный запах мочи» появляется тогда, когда в гомеостазе происходят сдвиги 9 показателей. Из 9 отклонений от нормы в биохимии крови 5 показателей имеют очень сильную обратную связь с ведущим субъективным признаком неблагополучия мочевыделительной системы.

Жалоба спортсмена на «Острый неприятный запах мочи» имеют 9 корреляционных связей с биохимией крови. Из 9 биохимических показателей в 7 случаях имеют место отклонению от нормы. Концентрация мочевой кислоты в крови спортсмена превышает норму в 12 раз, содержание общего белка в 2 раза выше нормы.

В данной работе приведены результаты анализа корреляционных связей

ведущих ощущений и жалоб спортсменов, соответствующих четырем системам организма – нервной, ЖКТ, легочной и мочевыделительной с биохимическими показателями крови.

Полученные корреляционные связи жалоб спортсмена с показателями гомеостаза дают основание утверждать, что любое изменение в гомеостазе проявляется изменениями внутренних ощущений индивида. И, наоборот, изменения в ощущениях или едва заметные изменения в деятельности функциональных систем организма есть свидетельство о неблагополучии внутренней среды организма. Следовательно, если сам спортсмен или его тренер, или члены семьи будут внимательно и чутко отслеживать состояние спортсмена в ходе тренировок, то в любых условиях, на любой стадии тренировочного процесса можно оценить уровень и степень зашлакованности организма. Ощущения спортсмена, совокупность ведущих и сопутствующих признаков, которые определяются при внешнем осмотре пациента, являются надежными инструментами ранней диагностики аутоинтоксикации, т.е. на стадии продромы, когда еще не сформировалась клиническая патология, и еще не сформировался больной орган.

Выводы: Таким образом, любые жалобы и неприятные ощущения, на которые указывает спортсмен, имеют отражение в изменениях состава внутренней среды организма. Мониторинг состояния гомеостаза можно проводить по степени выраженности жалоб и ощущений спортсмена.

Литература:

1. Олейников С.А., Гунин Л.М., Спортивная фармакология и диетология. Изд.: Диалектика-2008-256 с.
2. Бозумова К.А., Турдубекова Б.М., Дюшеева Б.М., Баатырова Н.Ж. – Биохимия, Б., 2008., - 320 б. (кырг.яз.)
3. Маратова А.М. Диссертация «Патогенетическое обоснование коррекции белоксинтезирующей функции печени при снижении веса у спортсменов» Бишкек, 2012. - 169 с.
4. Даниярова Н.Н. – Лабораторные работы по биохимии и биохимии мышечной деятельности. Учебное пособие для студентов вузов и фак. Физ. культуры и спорта. Б, Айат, 2013. – 176 с.
5. Зайцев В.М., Лифляндский, В.И. Маринкин – «Прикладная медицинская статистика», учебное пособие, Санкт – Петербург, изд. «Фолиант», 2003. – 432с.

ВЛИЯНИЕ РАДОНСОДЕРЖАЩЕЙ ВОДЫ НА ЛИМФАТИЧЕСКИЙ РЕГИОН ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Первойкин Д.М., Елясин П.А., Голубева И.А.

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России
Новосибирск, Россия

Резюме: В эксперименте показано, что кратковременное потребление радонсодержащей воды влияет на дренажно-детоксикационную функцию лимфатической системы. Происходит активация метаболических процессов в лимфатическом регионе тонкой кишки, увеличивается дренажная функция в стенке тонкой кишки и регионарном лимфатическом узле с морфофункциональными признаками активации местных механизмов иммунной защиты, усиливается кровоток.

Ключевые слова: лимфатический регион, лимфатический узел, тонкая кишка, радон.

INFLUENCE OF RADONCONTAINING WATER ON THE LYMPHATIC REGION OF SMALL INTESTINE OF RATS IN EXPERIMENT

Pervoykin D.M., Elyasin P.A., Golubeva I.A.

Novosibirsk State Medical University
Novosibirsk, Russia

Resume. In experiment it is shown that short-term consumption of radoncontaining water influences on drainage detoxic function of lymphatic system. There is an activation of metabolic processes in the lymphatic region of a small intestine, drainage function in the wall of small intestine and a regional lymph node with morfofunctional signs of activation of local mechanisms of immune protection increases, the blood-flow amplifies.

Keywords: lymphatic region, lymph node, small intestine, radon.

Введение. Радон и продукты его распада ведут к заболеваниям человека, в том числе такими тяжелыми болезнями, как рак легких и лучевая болезнь. В то же время радон успешно используется в лечении целого ряда заболеваний. Первичное взаимодействие излучений с тканями основано на ионизации атомов и молекул, а также на их возбуждении. Все это приводит к кратковременному повышению концентрации радиогенных радикалов в клетках, бомбардируемых альфа-частицами.

Ввиду того, что живое вещество на 65–80 % состоит из молекул воды, большинство молекул, подвергшихся ионизации, разлагается на ионы H^+ и OH^- , которые, рекомбинируясь, образуют мощные радиогенные радикалы-окислители типа H_2 , O_2 , O_3 , H_2O_2 и др. Эти радикалы за время своего существования могут взаимодействовать с веществами, входящими в состав клеток тканей, образуя биохимически активные вещества, тем самым влияя на функциональную активность клеток. Так как клетки живого организма могут функционировать только в водной среде, состав последней неизбежно влияет на жизнедеятельность как

самой клетки, так и целого организма. Логично, что в процессе эволюции возникли системы, контролирующие водный гомеостаз. Одной из таких систем является лимфатическая [1]. Вода поступает в наш организм в основном через желудочно-кишечный тракт. Большинство растворенных в воде и непосредственно влияющих на эндоэкологическое пространство веществ, всасываются в тонкой кишке, поэтому лимфатический регион тонкой кишки представляет несомненный интерес для изучения протективных способностей организма [2].

В последние годы все шире применяются естественные радоновые воды для питьевого лечения. Снижение пиурии и бактериурии у больных калькулезным пиелонефритом связано с нормализующим влиянием радонотерапии на иммунологическую реактивность организма, улучшением клубочковой фильтрации и экскреторной функции почек. Кроме того, радоновые воды оказывают болеутоляющее действие, улучшают обменные процессы, усиливают двигательную функцию гладкой мускулатуры верхних мочевыводящих путей, желудка, кишечника и др. Разработка новых

методов радонотерапии чрезвычайно важна и позволяет более дифференцированно подходить к назначению этого вида лечения пациентам [3].

Материал и методы. Эксперимент проведен на крысах-самцах породы Вистар. Животные содержались в стандартных условиях вивария, получали в питьевом режиме воду с малой концентрацией радона местного санатория «Заельцовский бор» (пресная, гидрокарбонатно-кальциево-магниевого состава, содержание радона в среднем 23,5 нкюри/л) в течение 1, 7 и 60 дней. Контрольная группа получала водопроводную воду г. Новосибирска. Объектом исследований был участок тонкой кишки с пейеровой бляшкой, мезентериальный лимфатический узел. Полученный материал изучали с помощью световой и трансмиссионной электронной микроскопии, гистохимического метода выявления сукцинат (СДГ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) лимфоцитов по Р. П. Нарциссову [4]. Работа с лабораторными животными производилась в соответствии с «Правилами проведения работ с использованием экспериментальных животных». Все полученные количественные данные подвергали статистической обработке с использованием пакета статистических программ Excel 2010; STATISTICA 8.0. Проверку нормальности распределения производили путем использования критериев Колмогорова - Смирнова. Статистическую обработку проводили по методике, применяемой для нормального распределения признаков. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в виде $M \pm m$, где M — среднее выборочное, а m — стандартная ошибка среднего. Достоверность различий определяли по параметрическому критерию Стьюдента t (при всех подсчетах достоверными считали различия при $p < 0,05$).

Результаты. К концу эксперимента увеличилась толщина стенки тонкой кишки по сравнению с аналогичным сроком потребления водопроводной воды за счет слизистой оболочки на 17,12 %. В последней повышались высота ворсинки в 1,25 раза и количество бокаловидных клеток.

Как в собственной пластинке слизистой, так и мышечной оболочке тонкой кишки, начиная с первых суток потребления животными радоновой воды, увеличилась доля сосудистого компонента. Причем, на 1-е и 7-е сутки в большей

степени повышался объем интерстициальных пространств и лимфатических сосудов, а к 60-м суткам — кровеносных сосудов. На фоне снижения содержания клеток и межклеточного вещества повышалось относительное количество эозинофилов, тучных и плазматических клеток при снижении числа лимфоцитов. Из научной литературы известно, что гранулы эозинофилов принимают участие в иммунологических реакциях и наличие или увеличение числа эозинофилов связано с синтезом антител, и образование их опережает образование плазматических клеток [5–7].

В эндотелиоцитах лимфатических капилляров слизистой оболочки тонкой кишки при длительном потреблении радоновой воды (60 суток) снизилась численная плотность свободных полисомальных рибосом в 1,79 раза, объемная плотность суммарных микропиноцитозных везикул в 1,68 раза (за счет всех составляющих) по сравнению с исходным уровнем.

В пейеровой бляшке тонкой кишки с 7-х суток и до конца эксперимента увеличилось содержание вторичных лимфоидных узелков; во всех зонах органа повысилась доля иммунобластов, средних лимфоцитов, ретикулярных клеток, плазматиков при снижении относительного содержания малых лимфоцитов. В лимфоцитах пейеровой бляшки с первых суток потребления радоновой воды увеличилось содержание сукцинат- и лактатдегидрогеназы, что характеризует повышение активности окислительно-восстановительных процессов в клетках. Максимальное содержание обоих ферментов наблюдали к концу эксперимента. Известно, что коммитирование к дифференцировке клеток сопровождается усилением митохондриального ресинтеза АТФ [8]. В принципе, это можно рассматривать как благоприятный факт активации энергообеспечения лимфоцита для выполнения им своих функций. Вместе с тем, известно, что 2 % из образующейся энергии идет на синтез «побочных» вредных продуктов, таких как активные формы кислорода, способные при определенном уровне их накопления повреждать клетку [9]. При этом давно известен эффект образования в клетках органических радикалов под воздействием радоновых вод, вследствие чего, в частности, и реализуется биологический эффект радиоактивной воды [10].

Через сутки потребления радоновой воды региональный к тонкой кишке мезентериальный лимфоузел преобразовался из промежуточного в фрагментированный тип вследствие увеличения доли мозгового вещества, обеспечивающий активную дренажную функцию. Начиная с 7-х суток и до конца эксперимента корковое вещество начинало преобладать над мозговым. Это характерно для компактного типа лимфоузла, который отражает усиление дезинтоксикационной функции этого органа. В структуре коркового вещества увеличилась доля как В-зависимых зон, так и Т-зависимой паракортикальной зоны; повысилось содержание иммунобластов, средних лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов при снижении количества малых лимфоцитов. Активность ферментов аэробного и анаэробного окисления в лимфоцитах регионального лимфоузла также увеличилась с первых суток потребления радоновой воды. Причем, содержание ЛДГ остается повышенным до конца эксперимента.

Увеличение уровня ЛДГ в лимфоцитах, характеризующее более древний анаэробный путь гликолиза, свидетельствует о функциональной напряженности системы метаболизма клетки, как проявления компенсаторно-приспособительной реакции, направленной на экономичное и максимально эффективное протекание процессов в обмен тех путей метаболизма, которые в спокойном состоянии клетка не использует.

Заключение. Полученные данные по употреблению радоновой воды из вышеуказанного источника в течение 60-ти суток свидетельствуют об активации метаболических процессов в лимфатическом регионе тонкой кишки, увеличении дренажной функции в стенке тонкой кишки и регионарном лимфатическом узле с морфофункциональными признаками активации местных механизмов иммунной защиты, усилении кровотока. Последний эффект связан скорее всего с активацией симпатико - адреналовой системы, в первую очередь её гормонального звена (повышение уровня адреналина в надпочечниках, сердце, мозге при отсутствии существенных сдвигов в содержании

норадреналина и его аналогов). Влияние радоновых процедур на симпатико-адреналовую систему, по-видимому, определяет их действие на периферическую гемодинамику.

Литература:

1. Бородин Ю. И. Лимфатическая система и водный гомеостаз / Ю. И. Бородин, А. Н. Машак, И. А. Голубева // *Морфология*. — 2005. — № 4. — С. 60–64.
2. Микроанатомическая организация лимфатического региона тонкой кишки при длительном воздействии вод различного минерального состава и содержания радона / Ю. И. Бородин, И. А. Голубева, О. Г. Маринкина [и др.] // *Бюл. СО РАМН*. — 1999. — Т. 92, № 2. — С. 90–95.
3. Лутошкина М. Г. Современные технологии радонотерапии / М. Г. Лутошкина, А. В. Дубовской // *Физиотерапия, бальнеология и реабилитация*. — 2010. — № 5. — С. 49–53.
4. Нарциссов Р. П. Применение р-нитротетразолия фиолетового для количественной цитохимии дегидрогеназ лимфоцитов человека / Р. П. Нарциссов // *Архив АГЭ*. — 1969. — № 5. — С. 55–91.
5. Cell-intrinsic role for IFN- α -STAT1 signals in regulating murine Peyer patch plasmacytoid dendritic cells and conditioning an inflammatory response / H.S. Li, A. Gelbard, G. J. Martinez [et al.] // *Blood*. — 2011. — Vol. 118, N 14. — P. 3879–3889.
6. Collagen Deposition Limits Immune Reconstitution in the Gut / J. Estes, J. V. Baker, J. M. Brenchley [et al.] // *J. Infect. Dis.* — 2008. — Vol. 198, N 4. — P. 456–464.
7. Effect of acute stress on immune cell counts and the expression of tight junction proteins in the duodenal mucosa of rats / H. S. Lee, D. K. Kim, Y. B. Kim, K. J. Lee // *Gut Liver*. — 2013. — Vol. 7, N 2. — P. 190–196.
8. The SIP-analog FTY720 differentially modulates T-cell homing via HEV: T-cell-expressed SIP1 amplifies integrin activation in peripheral lymph nodes but not in Peyer patches / C. Halin, M. L. Scimone, R. Bonasio [et al.] // *Blood*. — 2005. — Vol. 106, N 4. — P. 1314–1322.
9. Health Effects of Naturally Radioactive Water Ingestion: The Need for Enhanced Studies / I. G. Camu, O. Laurent, N. Pires [et al.] // *Environ Health Perspect.* — 2011. — Vol. 119, N 12. — P. 1676–1680.
10. Exposure assessment of radon in the drinking water supplies: a descriptive study in Palestine / H. Al. Zabadi, S. Musmar, S. Issa [et al.] // *BMC Res. Notes*. — 2012. — N 5. — P. 29.

ЭВОЛЮЦИОННО-ЭКОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ГОРНОЙ СРЕДЫ

Мамбеталиев К.У.

Кыргызская государственная академия физической культуры и спорта
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель работы состояла в определении концептуальных основ оптимизации физической подготовки школьников, проживающих в условиях горной среды. Теоретической основой оптимизации физической подготовки школьников, проживающих в условиях горной среды, может являться эколого-эволюционная концепция физической подготовки.

Ключевые слова. Эволюция, физическое развитие, функциональное состояние организма, экология, физическая подготовка.

ТООЛУУ ШАРТТАРДА ЖАШАГАН ОКУУЧУЛАРДЫН ДЕНЕ ТАРБИЯЛЫК ДАЯРДЫГЫН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ ЭВОЛЮЦИЯЛЫК-ЭКОЛОГИЯЛЫК КОНЦЕПЦИЯСЫ

Мамбеталиев К.У.

Кыргыз мамлекеттик дене тарбия жана спорт академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты болуп тоолуу шарттарда жашаган окуучулардын дене тарбиялык даярдыгын оптималдаштыруу концептуалдык негиздерин аныктоо эсептелинет. Тоолуу шарттарда жашаган окуучулардын дене тарбиялык даярдыгын оптималдаштыруу теориялык негизи болуп, дене тарбиялык даярдыгын эволюциялык-экологиялык концепциясы эсептелинет.

Негизги сөздөр. Эволюция, дене тарбиялык өнүгүү, организмдин функционалдык абалы, экология, дене тарбиялык даярдык.

EVOLUTIONARY-ECOLOGICAL CONCEPTION OF OPTIMIZATION OF PHYSICAL TRAINING OF SCHOOL CHILDREN LIVING IN MOUNTAINOUS CONDITION

Mambetaliev K. U.

Kyrgyz state physical culture and sport academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The aim of work is defining conceptual basis of optimization of physical training of school children, living in mountainous condition. A theoretical basis of optimization of school children physical training living in mountainous conditions is ecological evolutionary conception of training.

Key words: Evolution, physical development, the functional norms of body, ecology, physical training.

Введение. Актуальность определения новых теоретико-методических направлений совершенствования физической подготовки школьников, проживающих в условиях среднегорья и высокогорья, имеет важнейшее значение. Не умаляя достижений современной педагогики, в частности физической подготовки школьников, можно констатировать, что для тех школьников, которые проживают в условиях горной среды, существующие теоретико-методические основы физической подготовки, требуют оптимизации на основе достижений физиологии и кинезиологии. В.К. Бальсевич справедливо отмечает, что правильные в целом схемы и эффективные нынешнему уровню наших теоретико-методических представлений,

знаний, умений, навыков и методов управления еще не сложились в законченную общую теорию многолетней физической подготовки (1), и предлагает эволюционный подход к обоснованию теории многолетней физической подготовки.

Достижения современной науки об особенностях и закономерностях возрастного развития физического развития, физической подготовленности, сезонной динамики функциональных систем организма школьников, проживающих в условиях горной среды (2,3,4, и др.), служат основанием для разработки концептуальных положений оптимизации физической подготовки, учитывающей данные особенности в комплексе.

Цель работы состояла в определении концептуальных основ оптимизации физической подготовки школьников, проживающих в условиях горной среды.

Материалы и методы исследования. В исследовании использованы методы теоретического научно-познавательного уровня (5).

Элементарно-теоретический анализ и синтез, использовался для первичного формирования предположений о причинно-следственных механизмах формирования закономерностей взаимоотношений в системе «физическое развитие и функциональные системы организма - проявления физических качеств».

Структурно-генетический анализ, использован при установлении основных элементов образующих особенности объекта исследования, их причинно-следственный механизм.

Метод восхождения от абстрактного к конкретному и обратно. Метод, как известно, представляя процесс познания, согласно которому мышление восходит от конкретного в действительности к абстрактному в мышлении и от него - к конкретному в мышлении, включал в себя два взаимосвязанных, и вместе с этим, относительно самостоятельных этапа.

На первом этапе осуществляется переход от конкретного в действительности к абстрактным определениям предмета. Единый объект «анатомировался» и описывался при помощи специальных понятий и суждений. Затем предполагалось восхождение от абстрактного к конкретному. Суть его состоит в движении мысли от абстрактных определений объекта к конкретному в познании. На этом этапе восстанавливалась исходная целостность объекта. Данный метод применен для формулирования теоретических предпосылок оптимизации физической подготовки школьников.

Анализ научно-методической литературы.

Основные результаты исследования. Анализ организации и управления физической подготовки школьников, проживающих в условиях горной среды, позволяет заключить следующее.

1. Современная организация и управление физической подготовки в школах не учитывает комплекса особенностей характерных для

среднегорья и высокогорья.

2. Биометеорологические особенности горной среды, характеризующиеся, как условия компенсируемого дискомфорта (6 и др.) определяющие:

- минимизацию физического развития и экономизацию деятельности функциональных систем организма школьников (см. 2).
- соответственно, низкий уровень физической подготовленности школьников (7);
- лимитирующее и содействующее влияние на результативность двигательной деятельности школьников (8).

В соответствии с учением о единстве среды и организма, адаптация выражается в форме наследственно закрепленного стереотипа морфофункциональных реакций организма, отражающих эволюционное приспособление к определенным условиям окружающей среды. Следовательно, морфофункциональные особенности детей и подростков, проживающих в условиях среднегорья и высокогорья, есть результат их адаптации конкретно к условиям горной среды.

3. Для школьников, проживающих в условиях горной среды вероятно характерны наличие специфических закономерностей возрастной и сезонной динамики физических качеств школьников, проживающих в условиях горной среды. Данное положение рассматривается, как следствие совокупного влияния особенностей морфофункционального развития и биометеорологических особенностей климата горной среды. И основаны на учении о гетерохронности роста и развития организма человека в онтогенезе.

4. Учение эволюционной биомеханики (9) гласит, что моторика человека, его двигательная активность обусловлена наследственной «программой», спонтанной двигательной активностью и социальными и экологическими условиями проживания. С исследовательской точки зрения важно то, что у жителей среднегорья и высокогорья «наследственная программа» вероятно, имеет свои особенности, которые закреплены генетически. Изложенные теоретические положения служат основанием для предположения о следующем:

- для школьников, проживающих в условиях горной среды, в частности в условиях так называемого компенсируемого дискомфорта (6), возможны наличие специфических закономерностей развития моторики. Данное утверждение основано на современных достижениях теории и практики физической культуры, признающей функциональную природу физических качеств человека (10);

- организация процесса физической подготовки в школе на основе

унифицированных программ не учитывает особенности морфофункционального развития и моторики школьников, проживающих в условиях горной среды. Говоря иначе процесс физического воспитания, не учитывает так называемый принцип природосообразности физической подготовки, который, по всей видимости, впервые ввел видный физиолог спорта В.К. Бальсевич;

- учитывая, что динамика сезонных биометеорологических факторов в

условиях горной среды, имеет выраженный характер и оказывают существенное влияние на состояние функциональных систем организма человека, можно полагать что школьники, проживающие в условиях горной среды, имеют особенности сезонной динамики физических качеств.

На основании изложенного можно полагать, что теоретической основой оптимизации физического воспитания может стать эколого-эволюционная концепция физической подготовки школьников, проживающих в условиях горной среды. При этом компонент «экологический» (эволюционный компонент рассмотрен по тексту), означает реализацию принципа природосообразности при разработке организационных и программных основ процесса физической подготовки школьников.

Литература:

1. Бальсевич В. К. *Очерки по возрастной физиологии (Текст): монография / В.К. Бальсевич. – М.: Советский спорт, 2009. – 220 с.*

2. Турусбеков Б.Т. *Медико-социальные аспекты здоровья человека в горных условиях (Текст): монография / Б.Т. Турусбеков. - Издательский совет КГМА. - 1998. 126 с.*

3. Туркменов М. Т. *Биологические ритмы человека в горах (Текст): монография / М.Т. Туркменов. - Фрунзе. «Илим». 1981. 102 с.*

4. Турусбеков Б.Т. *Проблемы возрастной физиологии и педагогики человека в Кыргызстане (Текст) / Б.Т. Турусбеков, К.У. Мамбеталиев // Физиология, морфология человека и животных в Кыргызстане. Вестник РКСУ, – 2006. - № 6 – С. 181-186.*

5. Кузин В. *Подготовка (написание) диссертации (Текст): монография / В. Кузин. - М.: «Ось - 89», 1992. - 306 с.*

6. Шаназаров А.С. *Биоклиматическое районирование горных территорий (Текст) / Шаназаров А.С., Черноку М.Ю., Глушкова М.Ю. // Горы Кыргызстана. - Б.: Технология, 2001. С. 23-37.*

7. Мамбеталиев К.У. *Функциональная природа физических качеств человека, как объективная основа оптимизации программно-нормативной базы физического воспитания (Текст) / К. Мамбеталиев // Медицина Кыргызстана. – 2000. - № 4. – С. 68-72.*

8. Зима А. Г. *Физиология физических упражнений в среднегорье (Текст): монография / А.Г. Зима. - Алматы. КазИФК, 1989. - с.102.*

9. Бальсевич В.К. *Эволюционная биомеханика. Теория и практические приложения (Текст) / В.К. Бальсевич // Теория и практика физической культуры. - 1998. - № 4. - С.20-23.*

10. Мамбеталиев К. *Совершенствование физических возможностей человека (Текст): учеб. пособие для вузов / Н. Ш. Шарабакин, К. У. Мамбеталиев // Теория и методика физической культуры. - Бишкек, «ШАМ». 1997. – 307 с.*

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Цивинская Т.А., Эсенаманова М.К.

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

Резюме: Проведена оценка белкового обмена юных спортсменов по семи видам спорта в возрасте от 14-ти до 17-ти лет ($n = 68$). Выявлены достоверно высокие показатели общего белка и альбуминов у юных боксеров, атлетов греко-римского стиля и у спортсменок по женской вольной борьбе ($p < 0,0001$), и достоверно низкие показатели по креатинину выявлены у спортсменов по тяжелой атлетике и спортсменок по женской вольной борьбе ($p < 0,0001$), в сравнении с другими видами спорта.

Ключевые слова: белковый обмен, юные спортсмены, общий белок, альбумины, креатинин, здоровые лица.

ФИЗИКАЛЫК МАШЫГУУНУН ДЕН-СОЛУГУ ЧЫҢ АДАМДАРДЫН БЕЛОКТУК ЗАТ АЛМАШУУСУНУН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНӨ ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Цивинская Т.А., Эсенаманова М.К.

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

Корутунду: спорттун жети түрү менен машыккан 14-17 жашка чейинки жаш өспүрүмдөрдүн белоктук зат алмашуусуна баа берилген. Жаш боксерлордун, грек-рим күрөш атлеттеринин жана эркин күрөш боюнча машыккан кыздардын организмде жалпы белоктун жана альбуминдердин жогору көрсөткүчтөрү ырасталды ($p < 0.0001$), андан сырткары оор атлетика боюнча спортсмендердин жана эркин күрөш боюнча машыккан кыздардын креатинин көрсөткүчүнүн, башка спорттун түрлөрүнө салыштырмалуу төмөн экендиги аныкталды ($p < 0.0001$).

Негизги сөздөр: белоктук зат алмашуу, жаш спортсмендер, жалпы белок, альбуминдер, креатинин, ден-соолугу чың адамдар.

INFLUENCE OF PHYSICAL ACTIVITY ON INDICATORS OF PROTEIN METABOLISM HEALTHY PERSONS

Tsivinskaya T.A., Esenamanova M.K.

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

Resume: The estimation of protein metabolism in 7 kinds of sport in young athletes aged 14 to 17 years ($n = 68$). Was carried out there were significantly higher values of total protein and albumin in young boxers, athletes Greco-Roman wrestlers and athletes on women's wrestling ($p < 0.0001$), and significantly lower rates of creatinine were detected in weightlifting athletes and athletes on women's wrestling ($p < 0.0001$) compared to other sports.

Keywords: protein metabolism, young athletes, total protein, albumin, creatinine, healthy individuals

Введение. Знания биохимических механизмов в сфере физического воспитания и спорта имеют большое практическое значение для оценки факторов приспособления организма человека к мышечной деятельности, которая сопровождается глубокой биохимической перестройкой в клетках скелетных мышц, сердца, нервной системы и других внутренних органов [1,2]. Кроме того регулярные занятия

спортом оказывают выраженное влияние на биохимические показатели крови у спортсменов, изучение которых позволяет объективно судить о течении обменных процессов и дает возможность правильно оценить степень тех или иных отклонений в состоянии здоровья. Специалисты по спортивной биохимии отмечают, что глубина биохимических сдвигов возникающих в мышцах, во внутренних

органах, в крови и в моче, зависит от мощности и продолжительности физической работы. Чем выше интенсивность и чем дольше она длится, тем более глубоки и значительны биохимические изменения в организме спортсмена. Достигнув определенной глубины, биохимические сдвиги оказывают отрицательное влияние на возможность выполнения данной работы, и приводят к снижению работоспособности организма спортсмена [3]. Наиболее ценным в изучении изменений биохимических процессах и динамики отдельных показателей метаболизма, являются показатели углеводного, белкового и жирового обменов крови [1,4,5].

Материалы и методы. Исследование проводились в научном центре при Кыргызской Государственной Академии Физической Культуры и Спорта, изучены показатели белкового обмена веществ юных спортсменов в возрасте от 14-ти до 17-ти лет ($n = 68$).

Показатели белкового обмена (общий белок, альбумины, креатинин) исследовали с помощью биохимического анализатора 0,62 (0,85) полусемиотик (Китай).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты и их обсуждение.

Большое значение в оценке белкового статуса организма человека принадлежит определению содержания в организме тех или иных белков-маркеров, которые отражают соотношение скорости их синтеза и распада, в свою очередь зависящие от поступления белка с пищей и влияния физической нагрузки,

которые непосредственно влияют на уровень белковых компонентов сыворотки крови, и дают возможность корректировать его с помощью различных компонентов пищи у юных спортсменов, процессы роста и развития, у которых еще не завершены. В результате исследования белкового обмена, во время тренировочного процесса выявлены достоверные сходства и различия, как по видам спорта, так и по полу. Полученные результаты свидетельствуют о том, что у спортсменов по боксу и женской вольной борьбе отмечается достоверно высокий показатель общего белка в крови, в сравнении с другими видами спорта ($p < 0,0001$), и достоверно низкий показатель альбуминов ($p < 0,0001$), на фоне высокого уровня общего белка, что может являться следствием длительной физической нагрузки, когда изменяется функциональное изменение органов, особенно печени, где происходит синтез сывороточных белков. Данный факт свидетельствует о том, что снижение концентрации альбуминов в крови, может быть следствием повышенной проницаемости стенки капилляров, при этом альбумины выходят в окружающую ткань, у спортсменов под влиянием физической нагрузки (табл.1).

Достоверно низкое содержание общего белка и альбуминов наблюдается у спортсменов по вольной борьбе ($p < 0,0001$) в сравнении с юными боксерами. Согласно норме количество общего белка снижено на 35% от нормы, альбуминов на 27,6%. Такая же картина наблюдается и у спортсменов по тяжелой атлетике, количество общего белка в данной обследуемой группе ниже на 29,3%, альбумины

Таблица .1
Показатели белкового обмена сыворотки крови у юных спортсменов по видам спорта ($M \pm m$)

№	Вид спорта	Общий белок г/л	Альбумины г/л	Креатинин мкмоль/л
Нормальные величины по С.С. Михайлову		60-80	35-45	44-106
1	Бокс	92±0,01***	38,6±0,12	64,7±0,01
2	Греко-римская борьба	51±0,03	74,9±1,47***	37,5±0,007
3	Вольная борьба	23±0,03	11,6±0,30	11,3±0,01
4	Дзюдо	42±0,06	11,6±0,16	20±0,12
5	Тяжелая атлетика	22±0,005	19,7±0,13	7,95±0,02***
6	Спортивная гимнастика	49±0,06	20±0,02	68,1±0,001
7	Женская вольная борьба	99±0,01***	17,9±0,16***	6,81±0,001***

*** $p < 0,0001$ - различия достоверны при оценке показателей белкового обмена по видам спорта

снижены на 43,7%. Характерная картина наблюдается у спортсменов греко-римского стиля – содержание общего белка ниже от нормы на 36,7%, спортсменов дзюдо – 30,2%, атлетов по спортивной гимнастике – 35,28%, количество альбуминов у спортсменов греко-римского стиля выше нормы на 31,08%, что достоверно выше по сравнению с другими видами спорта ($p < 0,0001$). У дзюдоистов показатели альбуминов и общего белка по сравнению с другими видами спорта достоверно снижены ($p < 0,0001$), как и у спортсменок по женской вольной борьбе по сравнению со спортсменками по спортивной гимнастике.

Такой дисбаланс белкового обмена связан, по всей видимости, не только с интенсивными физическими нагрузками, но и с несбалансированным питанием. Литературные данные свидетельствуют, что на концентрацию альбумина в крови и общего белка влияет также недостаток некоторых микронутриентов (железо, цинк, витамин А), кроме того дефицит белка сопровождается максимальной утилизацией аминокислот поступающих с пищей, для синтеза эндогенного белка, что указывает на дефицит белка в организме ребенка [6,7].

Показатель креатинина в крови имеет немаловажное значение, так как количество его свидетельствует об избыточном или недостаточном потреблении белка, а также об интенсивности мышечной нагрузки, перенапряжении или хроническом утомлении. Так у боксеров и спортсменок по спортивной гимнастике показатели креатинина в пределах нормы, сниженные показатели креатинина наблюдаются у спортсменов по женской вольной борьбе на 8%, у спортсменов тяжелой атлетике на 10,6% и вольной борьбе на 15%. У атлетов греко-римского стиля наблюдается также низкий показатель креатинина, отклонения от нормы составляют на 50%, у атлетов по дзюдо на 26%. При сравнении показателя креатинина по видам спорта, выявлены достоверно низкие показатели у спортсменов по тяжелой атлетике и спортсменок по женской вольной борьбе ($p < 0,0001$), в сравнении с другими видами спорта. Таким образом, уменьшения креатинина

в сыворотки крови указывает не, сколько на высокую физическую подготовленность, а на дефицит белка в организме юных спортсменов, что может отрицательно сказаться на спортивных результаты, работоспособность, восстановление сил после тренировок и соревнований.

Выводы.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о нарушении белкового обмена в организме юных спортсменов, которые связаны не только с ответом организма к физическим нагрузкам и вида спорта, но и с нерациональным и несбалансированным питанием, что подтверждается предыдущими нашими публикациями посвященных питанию юных спортсменов.

Литература:

1.Руководство к практическим занятиям по физиологии человека / Солодков А. С. ; под общ. ред. А. С. Солодкова. – М. : ОАО «Издательство “Советский спорт”», 2006. – 191 с.

2.Горшкова Н.Е. Влияние мышечной и пищевой нагрузок на показатели сыворотки крови спортсмена, тренирующихся в разных энергетических режимах автореф.к.б.н. Челябинск 2012 24-3 Речкалов А.В. Физическая культура в режиме здорового образа жизни: Учеб. пособ. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2000.– 92с.

3.Михайлов С. С. Спортивная биохимия / Михайлов С. С. – М. : ОАО «Издательство “Советский спорт”», 2004. – 222 с.

4.Дубровский В.И. Спортивная медицина 2-е изд. доп.-М.: 2002- стр.174 5.Земцова И. И. Практикум по спортивной биохимии / И. И. Земцова, С. А. Олейник – К. : Олимпийская литература, 2010. –183 с.

6.Конь И.Я., Медведева Э.И. Бутаев Х.Н. и др. Изучение азотистого баланса у детей раннего возраста в связи с проблемой оценки адекватности белкового питания // Сб. науч. Трудов « Теоретические и клинические аспекты науки о питании»/ Под. Ред М. Н. Волгарева. М., 1985.-Т.6.-С.82

7.Winrler M.F.,Gerrior S.A., Pomp A., Albina J.E. Use of retional-binding protein and prealbumin as indicators of the response to nutrition therapy // J. Am. Diet. Assos.- 1989/№89.-P.684-687.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СОВРЕМЕННЫХ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ Г. БИШКЕК

Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К., Аман кызы Ж.,
Жумакеева Э.К., Сокубашева Б.К.

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

Резюме: В статье представлены результаты сравнительной оценки физического развития и состояния здоровья девушек-подростков 15-18 лет, учащихся общеобразовательных учреждений (школ, школ-гимназий и профессиональных лицеев). Выявлено, что в школах-гимназиях больше девушек, имеющих отклонения в физическом развитии. Признаны относительно здоровыми лишь 49,5% обследованных девушек.

Ключевые слова: девушки-подростки, общеобразовательные учреждения, физическое развитие, внутренние мигранты, состояние здоровья, заболеваемость.

БИШКЕК Ш. ЗАМАНБАП ӨСПҮРҮМ-КЫЗДАРЫНЫН ФИЗИКАЛЫК ӨНҮГҮҮСҮНҮН ЖАНА ДЕН- СОЛУГУНУН АБАЛЫНА БАА БЕРҮҮ

Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К., Аман кызы Ж.,
Жумакеева Э.К., Сокубашева Б.К.

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

Корутунду: Бул макалада жалпы билим берүү окуу жайларында (мектептерде, мектеп-гимназияларда жана профессионалдык лицейлерде) окуган 15-18 жаштагы өспүрүм-кыздардын физикалык өнүгүүсүнө жана ден-соолугунун абалына салыштырмалуу баа берүүсүнүн жыйынтыктары берилген. Мектеп-гимназияларда көпчүлүк кыздардын физикалык өнүгүүсүнөн четтөөсү аныкталган. Өспүрүм-кыздардын 49,5 пайызы эле ден-соолугу чың деп табылды.

Негизги сөздөр: өспүрүм-кыздар, жалпы билим берүү окуу жайлар, физикалык өнүгүү, ден-соолук абалы, орууга чалдыккандык.

ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT AND STATE OF HEALTH OF MODERN TEENAGE GIRLS OF THE CITY OF BISHKEK

Atambaeva R.M., Isakova J.K., Amankyzy J.,
Jumakeeva E.K., Sokubasheva B.K.

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

Resume: This article shows the results of comparative assessment of physical development and state of health of 15-18 years old teenage girls, pupils of general education institutions (schools, gymnasiums and professional lyceums) are given. There are girls with deviation in physical development in gymnasiums. Only 49,5% surveyed girls are recognized rather healthy.

Key words: teenage girls, general education institutions, internal migrant, physical development, state of health, incidence.

Введение: Одним из основных показателей состояния здоровья подрастающего поколения является физическое развитие детей и подростков. Уровень физического развития зависит от факторов внешней среды, что было доказано многочисленными исследованиями как отечественных, так и зарубежных авторов [1;2].

Физическое развитие детей подвержено колебаниям в зависимости от географических,

этнических, климатических, социальных, экологических, биогенных и других факторов [6].

По данным медицинских осмотров увеличивается число детей и подростков с низким уровнем физического развития: дефицитом массы тела, низкорослостью, гипертонией [3]. За последнее десятилетие отмечено снижение абсолютно здоровых девочек с 28,6% до 6,3%, а

общая заболеваемость девушек 15-17 лет выросла на 32,2% [9]. У 60-70% школьниц-подростков имеются хронические заболевания, в том числе сочетание нескольких из них – у 25% [4;7].

В большинстве стран отмечается рост заболеваемости детей, ухудшение соматического и репродуктивного здоровья подростков [10].

В условиях современной демографической ситуации в Кыргызской Республике также наблюдается снижение численности девочек и девушек-подростков 10-19 лет за период с 2007-2011 гг., а также уменьшение их доли от общей численности населения (с 21,5% до 18%) [5].

Материалы и методы: Проведено изучение физического развития (соматометрия) и образа жизни методом анонимного анкетирования у 2304 девушек-подростков 15-18 лет, учащихся общеобразовательных учреждений города Бишкек профессиональных лицеев (414 дев.), школ-гимназий (790 дев.) и общеобразовательные школы (1100 дев.). Учащиеся профессиональных лицеев были приезжими из разных регионов КР, внутренние мигранты, так как учебная миграция важная составляющая структуры населения.

С целью оценки состояния здоровья проведены обследования при медицинских осмотрах у 591 девушек-подростков, при этом определена соматическая и гинекологическая заболеваемость у старшеклассниц и ее структура.

Проведен анализ и обработка материалов официальных статистических данных министерства здравоохранения КР и департамента здравоохранения г. Бишкек, с 2006 по 2012-г. Данные исследования обрабатывались по программам AnalysisToolPack – VBA, EXCEL – 5,0.

Результаты и обсуждение: В ходе исследований по оценке влияния на состояние здоровья различных факторов учебной среды и методом опроса образа жизни у девушек – подростков были выявлены: неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия внутришкольной среды (превышение вместимости, недостаточные площади учебных помещений, нарушения воздушно-теплого, светового режима и др.), несоблюдение режима дня, большие суммарные учебные нагрузки и т.п.

В проведенных нами исследованиях, в среднем лишь чуть более половины (58%) девушек-учащихся имели школьную парту и стул, по высоте, соответствующее их

антропометрическим параметрам.

Результаты гигиенической оценки домашних письменных столов, за которыми девушки-учащиеся делают уроки свидетельствуют, что в среднем 70% девушек-старшеклассниц имеют домашнюю удобную учебную мебель; 12% девушек имеют свой рабочий письменный стол, но им не удобно за ним сидеть; до 14% девушек любят делать уроки сидя в кресле, на диване, на постели; а 8% девушек-учащихся проф. лицеев не имеют вообще учебной мебели и делают уроки, где придется.

Наиболее значительные несоответствия в организации рабочих мест девушек-учащихся определялись в учебно-производственных мастерских проф. лицеев и в цехах на базах практики швейной фабрики, где характерной особенностью учебного процесса является длительное пребывание в нерациональной вынужденной рабочей позе сидя.

В связи с этим были изучены особенности физического развития как наиболее чувствительного показателя здоровья у современных девушек-учащихся в общеобразовательных учреждениях трех типов:

1. Общеобразовательные школы, где обучение проводится по стандартным программам;

2. Школы-гимназии, где обучение проводится по инновационным программам с повышенной учебной нагрузкой;

3. Профессиональные лицеи, где обучение предполагает освоение программ средней общеобразовательной школы и начального профессионального образования. Для исследований были отобраны лицеи, обучающие девушек-швей и портных.

Полученные результаты доказывают необходимость проведения исследований показателей физического развития и сравнительной оценки показателей роста и развития девушек – учащихся различных образовательных учреждений и разных регионов страны.

Выявлено, что девушки – учащиеся профессиональных лицеев имеют рост ниже, чем у школьниц, но масса тела у них достоверно выше. Так в 18 летнем возрасте у лицеисток длина тела $161,8 \pm 0,4$ см, а у школьниц и гимназисток – $162,8 \pm 0,7$ см и $164,7 \pm 0,5$ см соответственно; а масса тела соответственно

56,3±0,8кг и 54,0±0,7кг и 54,6±0,4кг у школьников и гимназисток.

Существенное значение в оценке физического развития имеют данные, свидетельствующие о пропорциональности физического развития (по длине и массе тела), полученные путем индивидуального анализа гармоничности развития.

При оценке физического развития выделяют три условные группы:

1 группа - с нормальным (гармоничным) физическим развитием;

2 группа – с отклонениями в физическом развитии I степени за счет дефицита или избытка массы тела и II степени за счет резкого дефицита или избытка массы тела (ухудшенное или плохое физическое развитие);

3 – группа – с общей задержкой физического развития (низкий рост).

Результаты анализа показали, что отклонения в физическом развитии наиболее распространены среди девушек-учащихся гимназий: лишь 62 девушки из 100 обследованных относятся к группе с нормальным гармоничным развитием. Лучше показатели у девушек общеобразовательных школ – 69 девушек и в проф. лицах – 63 девушки из 100 обследованных имеют гармоничное физическое развитие. Однако, статистический анализ показал, что выявленные различия недостоверны ($P > 0.05$).

Следует также отметить, что к концу обучения во всех обследуемых коллективах уменьшается число девушек, имеющих гармоничное развитие. Наиболее это выражено у девушек-гимназисток: с 67,9% у 15-летних до 49,2% у 18-летних девушек, что, по-видимому, объясняется самой высокой учебной нагрузкой в неделю, чем в школах и проф. лицах.

Также к концу обучения значительно возрастает число девушек, имеющих дефицит массы тела во всех обследуемых учреждениях: в гимназиях – с 19,4% у 15-летних девушек до 27,7% - у 18 летних девушек ($P < 0,05$); в школах – с 15,6% до 17,2% ($P < 0,05$); в проф. лицах – с 6,0% до 9,0% ($P < 0,05$).

Девушек, имеющих избыточную массу тела (лишний вес) больше выявлено среди учащихся проф. лицеев (в среднем 21,1%), по сравнению с гимназистками и школьницами – 13,3% и 11,3% соответственно.

Таким образом, в школах – гимназиях выявлено больше девушек-учащихся, имеющих

дисгармоничное физическое развитие и с дефицитом массы тела.

Данные настоящих исследований по оценке физического развития девушек-учащихся 15-18лет вошли в «Стандарты физического развития детей школьного возраста (7-18лет) г. Бишкек» [8].

Данные проведенного медицинского осмотра у 591 девушек в возрасте 17-18лет представлены соматической патологией и гинекологической заболеваемостью. Выявлено, что 299 девушек-подростков (50,5%) имели различные заболевания, следовательно только 49,5% из всех обследованных можно считать относительно здоровыми.

По результатам анализа состояния здоровья соматическую патологию имели 230 девушек (76,9%), гинекологические заболевания выявлены у 52 девушек (17,4%), а сочетанную патологию имели 17 девушек (5,7%). В структуре заболеваемости преобладали болезни глаза с нарушением зрения, проявляющиеся в основном миопией и нарушением аккомодации – у 118 девушек (39,4%). На втором месте заболевания нервной системы (у 60 девушек – 20,0%), на третьем месте – болезни системы крови и кровообращения (преимущественно – анемия) – у 32 девушек (10,7%).

Оценка состояния репродуктивного здоровья показала, что из общего числа обследованных 52 девушки (8,7%) имеют различные нарушения менструальной функции, в структуре которых преобладает альгодисменорея – у 20 девушек (38,4%).

Выводы: исследования показали, что к концу обучения во всех обследуемых коллективах уменьшается число девушек, имеющих гармоничное развитие. Также к концу обучения возрастает число девушек, имеющих дефицит массы тела, наиболее это выражено у девушек школ-гимназии – до 27,7%, по сравнению со школьницами и лицеистками – 17,2% и 9% соответственно.

Проведенный анализ данных медицинского осмотра девушек-подростков выявил относительно высокий уровень общей и гинекологической заболеваемости старшеклассниц, в структуре которой преобладают нарушения зрения, болезни нервной системы и заболевания крови и кровообращения. Нарушение менструальной функции отмечено у каждой восьмой девушки-подростка.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о снижении репродуктивных возможностей у современных девушек-подростков и необходимости активации и диагностических, профилактических и лечебных мероприятий в работе подростковой службы. Усилить роль и значение гигиенического воспитания по формированию здорового образа жизни у детей и подростков.

Литература:

1. Абдылдаева А.А. Влияние средовых факторов на физическое развитие детей Кыргызстана: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Бишкек, 2009. - 22с.
2. Баранов А.А., Кучма В.Р., Скоблина Н.А. Физическое развитие детей и подростков на рубеже тысячелетий. // М.: НЦЗД РАМН, 2008. - 216с.
3. Горелик В.В. Оценка физического развития и здоровье школьников общеобразовательной школы. // Вестник ОГУ.-2010, №6. С. 69-73.
4. Журавлева И.В. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения. // Социология здоровья и медицины, 2004.-С. 133-142.
5. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения. Бишкек, 2008-2012гг.
6. Каракеева Г.Ж. Состояние здоровья детей из многодетных семей: Автореферат дис. ... канд. мед. наук. Бишкек, - 2012. 22 с.
7. Лебедева М.Г. Хамошина М.Б., Чакчурина И.А. и др. Репродуктивный потенциал России: статистика, проблемы, перспективы // Охрана репродуктивного здоровья – будущее России: матер. Всеросс. конф. с международн. участием, посв. десятилетю кафедры акуш. и гинек. медицинского факультета Белгородского государственного университета.- Белгород, 2010.-С. 165-167.
8. Стандарты физического развития детей школьного возраста (7-18 лет) г. Бишкек. Методические рекомендации. Бишкек, - 2013, - 64с.
9. Уварова Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале 21-века. //Акушерство и гинекология.-2006. Приложение-С.27-30.
10. Узакбаев К.А. Охрана здоровья детей и подростков: проблемы и перспективы развития. // Здоровье матери и ребенка. -2013.-Т.5. - №1.-С. 3-9.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ Г. БИШКЕК И Г. ДЖАЛАЛ-АБАД

Бапалиева Г.О., Эсенаманова М.К.

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

Резюме: В статье представлены результаты качества питьевой воды по химическому составу в г. Бишкек и г. Джалал-Абад. Выявлено, что в г. Джалал-Абад содержание нитратов превышает гигиеническую норму. Дана оценка качества воды с возможными последствиями воздействия нитрата на здоровье человека.

Ключевые слова: подземные воды, питьевая вода, нитрат, гигиенические нормы.

БИШКЕК ЖАНА ДЖАЛАЛ-АБАД ШААРЛАРЫНЫН ИЧИЛҮҮЧҮ СУУСУНУН САПАТТЫК АНАЛИЗИ

Бапалиева Г.О., Эсенаманова М.К.

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

Коротунду: Макалада Бишкек жана Жалал-Абад шаарларынын ичилүүчү суусунун химиялык курамынын натыйжалары көрсөтүлгөн. Жалал-Абад шаарында нитраттын өлчөмү гигиеналык нормадан жогору экенин аныкталды. Адамдын ден-соолугуна нитраттын терс таасир берилиши көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: жер астындагы суулар, ичилүүчү суу, нитрат, гигиеналык норма.

ANALYSIS OF THE QUALITY OF DRINKING WATER IN BISHKEK AND JALAL-ABAD

Bapaliev G.O., Esenamanova M.K.

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

Resume: The article presents the results of the quality of drinking water on the chemical composition in Bishkek and Jalal-Abad. It is revealed that in the Jalal-Abad nitrate content exceeds health standards. Assessment of the quality of water with possible health effects of nitrate on human health is given.

Key words: groundwater, drinking water quality, nitrate, hygiene standards.

Введение. В последние годы отмечается повышенное внимание исследователей во всем мире к проблеме истощения на планете запасов пресной воды и ухудшения ее качества. Такой интерес к данной проблеме вполне объясним. Ведь от качества питьевой воды во многом зависит здоровье человека. С водой человек получает от 1 до 25% суточной потребности минеральных веществ [1].

Актуальность проблемы обеспечения населения г. Бишкек и г. Джалал-Абад, где проживает соответственно около 1042783 человек и 89 004 человек, потребление качественной питьевой водой возрастает ежедневно, которое непосредственно влияет на санитарно-эпидемиологическую, социальную, экономическую, экологическую ситуацию нашей страны [2].

Основными источниками питьевых вод в городах Бишкек и Джалал-Абад являются

подземные воды. Химический состав подземных вод формируется под влиянием многих природных факторов и в различных географических зонах имеет свои региональные особенности. Соотношение химического состава редко сбалансировано для организма и, обычно, характеризуется избыточным или недостаточным содержанием тех или иных макро-, микро- и биомикроэлементов. С развитием урбанизации за последние годы происходит изменение химического состава подземных вод.

В г. Бишкек основным источником питьевой воды является Орто-Алышский водозабор, обеспечивающий 40% населения столицы и 60% населения обеспечиваются питьевой водой из 33 коммунальных водозаборов. Общая протяженность водопроводной сети г. Бишкек составляет 1298,3159 км [2]. В г. Джалал-Абад основным источником являются подземные источники, которые обеспечивают

питьевой водой население из 28 ведомственных и 1 коммунальных водозаборов.

Мониторинг качества подземных вод г.Бишкек и г.Джалал-Абад, используемых для питьевых целей, проводился с 2012-2013года с количеством проб 1610 и 268. В работе дана гигиеническая оценка качества питьевой воды централизованной системы водоснабжения 2-х городов Кыргызстана. Представленные результаты по химическому составу питьевой воды позволяют дать, объективную оценку качества питьевой воды по городам.

Целью данной работы является оценка качества подземных вод г. Бишкек и г.Джалал-Абад, используемых для питьевых целей, по нескольким химическим показателям: кислотности, основным свойствам (рН), солям аммония, нитритам и нитратам (так называемая белковая триада), жесткости, общей минерализации, хлоридам, сульфатам и по содержанию общего железа. Названные показатели входят в перечень гигиенических требований к качеству питьевой воды [3].

Материалы и методы исследования:

Для исследования были проанализированы протоколы отобранных проб воды централизованной системы питьевого водоснабжения (водозабор и водопроводная вода) проведенные в лабораториях ЦГСЭН г. Бишкек и г.Джалал-Абад, всего с количеством проб 1610 и 268 соответственно.

Для определения состава и свойств питьевой воды использовали стандартные методы. Нитраты определяли колориметрическим методом с фенолдисульфо-кислотой, общую жесткость - комплексонометрическим методом с трилоном Б при рН 10 в присутствии индикатора, общую минерализацию (сухой остаток) - весовым анализом; аммиак и нитриты - фотометрическим методом; хлориды - титрование азотнокислым серебром и азотнокислой ртутью в присутствии индикатора; сульфаты - осаждением в кислой среде ионов SO_4^{2-} хлористым бариумом, железа – колориметрическим методом [4].

Результаты и обсуждение: По значению рН исследуемая вода на водозаборе г.Бишкек составляет 8,2, а в водопроводной воде –8,1, что относится к группе нейтральной. Вода из водозабора г.Джалал-Абад по значению рН составила 7,3, которая относится к слабощелочной, а водопроводная вода 7,8 к нейтральной. Все пробы воды удовлетворяют гигиенические требования, согласно которому рН питьевой воды не должна выходить за пределы интервала 6-9 [3].

Общая минерализация исследуемой воды централизованной системы питьевого водоснабжения: в г. Бишкек составляет 233мг/л, а в г. Джалал-Абад - 374,4мг/л, что в пределах гигиенической нормы [3,5]. По этому показателю исследуемые воды относятся к удовлетворительно (мало) минерализованным (табл.1).

Таблица 1. Показатели качества воды

	Наименование	г.Бишкек			г.Джалал-Абад		
		n	водозабор M±m	водопроводная вода M±m	n	водозабор M±m	водопроводная вода M±m
1	Водородный показатель (рН)	1600	8,2±0,05***	8,1±0,01	194	7,3±0,03	7,8±0,37
2	Общая минерализация (сухой остаток)	27	233±18	-	207	374,4±14,5***	352±13,2
3	Железо	6	<0,05			<0,05	<0,05
4	Хлориды	22	12,7±1,3	-	238	15,8±2,1	10,8±0,8
5	Сульфаты	29	25,6±1,9	-	204	21,3±1,5	19,8±1,1
6	Нитриты	1600	<0,003	<0,003	207	<0,003	<0,003
7	Аммиак	1600	<0,05	<0,05	207	<0,05	<0,05
8	Жесткость	25	3,8±0,052	-	246	4,8±0,15***	4,4±0,06
9	Нитрат	1610	23,3±1,7	22,8±0,13	259	46,2±2,9***	36,1±1,7***

Примечание: *** $p < 0,001$ - различия высоко достоверны при оценке качества питьевой воды по г. Бишкек и г. Джалал-Абад.

По результатам исследования воды на присутствие железа, представленные в таблице, показывают, что на водозаборе и водопроводной воде указанных городах концентрация его не превышает предельно допустимый уровень (0,3мг/л).

Содержание в питьевой воде: хлоридов, сульфатов, нитритов, аммиака также соответствуют гигиеническим требованиям [3].

По значению жесткости, вода г. Бишкек (3,8мг-экв/л) относится к умеренно жесткой. Водозабор (4,8мг-экв/л) и водопроводная сеть (4,5мг-экв/л) г. Джалал-Абад относится к умеренно жесткой [3,5].

Анализ результатов питьевой воды 2-х городов показал, что водородный показатель в г. Бишкек несколько выше, нежели в г. Джалал-Абад ($p < 0,001$). Общая минерализация (сухой остаток), жесткость, и нитраты в г. Джалал-Абад достоверно выше, нежели в г. Бишкек ($p < 0,001$).

По содержанию нитратов в воде водозабора г. Джалал-Абад превышает предельно-допустимую концентрацию (45мг/л) и составляет 46,2мг/л [3].

Нитраты - конечный продукт процесса окисления органических азотсодержащих веществ с участием *V. nitrobacter*. Присутствие в воде нитратов без аммиака и солей азотистой кислоты указывает на завершение процесса минерализации белков [6].

Нитраты в воде в 1,5 раза токсичнее нитратов, содержащихся в овощах.

Нитрат аммония поражает паренхиму печени и при длительном его введении происходит угнетение белок синтезирующей функции печени. Кроме того нитраты вызывают нарушения функции почек, которые проявляются в виде снижения диуреза, а также повышением экскреции белка и глюкозы в суточной моче.

Крайне тяжело протекают метгемоглобинемии у грудных детей (прежде всего, искусственно вскармливаемых молочными смесями, приготовленными на воде с повышенным содержанием нитратов) и у

людей, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Нитраты также являются косвенным признаком фекального загрязнения водоемных источников [7].

Выявлена прямая зависимость между случаями возникновения злокачественных опухолей и интенсивностью поступления в организм нитратов [8].

Выводы. Проведенные исследования качества питьевой воды централизованной системы водоснабжения 2-х городов КР позволяют сделать вывод, что исследуемая вода в г. Джалал-Абад взятая из водозабора превышает гигиенические нормы по содержанию нитратов и составляет 46,2мг/л.

Литература:

1. Мудрый И.В. О влиянии минерального состава питьевой воды на здоровье населения//Гигиена и санитария. -1999.-№1.-С.15-18.
2. Мамасадыков Н.М., Бурабаева А.А., Эрбаев А.Т. Характеристика качества питьевой воды г. Бишкек 2013г.// Вестник Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К Ахунбаева №3 2013 приложение №1.-С.73-76.
3. Технический регламент «О безопасности питьевой воды» КР, от 2011г.
4. Государственные стандарты СССР. Вода питьевая. Методы анализа. Сборник. Москва -1984.
5. Гончарук Е.И., Бардов В.Г., Гаркавий С.И., Яворовский А.П., Коммунальная гигиена. - К.: Здоров'я, 2006. — С. 76-82.
6. Кича Д.И., Дрожжина Н.А., Фомина А.В. Руководство к лабораторным занятиям по общей гигиене.-Москва,2008 г. – С.65.
7. Каримов А.И., Физиолого-биохимические особенности влияния нитратов на организм животных: автореферат дисс. ...канд. биол. наук. - Душанбе, 2010.- 45-65с.
8. Шахатуни М. О. Нитраты аммония, натрия, калия и кальция//Гигиена и санитария. -1989. -№ 4. С. 55–59.

**ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ УЧАЩИХСЯ
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ МУЗЫКАЛЬНОЙ СРЕДНЕЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ШКОЛЫ- ИНТЕРНАТА
ИМ. М. АБДРАЕВА**

Керимбаева И.Б., Кочкорова Ф.А., Эсенаманова М.К.

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

Резюме: Проведено изучение и оценка особенностей физического развития учащихся музыкальной школы- интерната по полу и возрасту от 10 до 17 лет (n=289). Выявлено, что 69,03% мальчиков и 71,14% девочек имеют нормальное физическое развитие, 15,31% мальчиков и 21,20% девочек имеют отклонение в физическом развитии за счет ДМТ, ИМТ, низкий рост отмечается у 14,98% мальчиков и 8,59% девочек. Большинство показателей параметров физического развития не совпадают с данными стандарта физического развития школьников г. Бишкек (2013 г.)

Ключевые слова: физическое развитие, учащиеся музыкальной школы-интерната, антропометрия, стандарты физического развития, группы физического развития

**РЕСПУБЛИКАЛЫК М, АБДРАЕВ АТЫНДАГЫ
МУЗЫКАЛЫК АТАЙЫН ОРТО МЕКТЕП-
ИНТЕРНАТЫНЫН ОКУУЧУЛАРЫНЫН ФИЗИКАЛЫК
ӨНҮГҮҮСҮНӨ БАА БЕРҮҮ**

Керимбаева И.Б., Кочкорова Ф.А., Эсенаманова М.К.

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

Корутунду: Музыкалык мектеп–интернатынын 7-10 жашка (n=289) чейинки окуучуларынын жынысына жараша физикалык өнүгүүсү изилденип, баа берилди. Балдардын 69,03 %ынын жана кыздардын 71,14%ынын физикалык өнүгүүсүнүн нормалдуулугу, 15,31% балдардын жана 21,20% кыздардын дене салмагынын төмөндүгүнө жана денедеге ашыкча май ткандарына байланыштуу физикалык өнүгүүсүндө четтөөлөрү бар экендиги, ал эми денесинин узундугу боюнча кичине деп балдардын 14,98%, кыздардын 8,59% аныкталды. Көпчүлүк физикалык өнүгүүсүн көрсөткүчтөрү Бишкек шаарынын мектеп жашындагы окуучуларынын физикалык өнүгүүсүнүн ченемдерине (2013 ж.) төп келбейт деп табылды.

Негизги сөздөр: физикалык өнүгүү, музыкалык мектеп- интернатынын окуучулары, антропометрия, физикалык өнүгүүнүн ченемдери, физикалык өнүгүүнүн топтору.

**ASSESSMENT OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF PUPILS
OF REPUBLICAN VOCATIONAL SPECIALIZED BOARDING
SCHOOL NAMED AFTER M.ABDRAEV**

Kerimbaeva I.B., Kochkorova F.A., Esenamanova M.K.

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

Resume: It is conducted the study and evaluation of the physical development of pupils of music boarding school by sex and age from 10 to 17 years (n = 289). It is revealed that 69.03% of boys and 71.14% girls have normal physical development, 15.31% of boys and 21 girls have a deviation in the physical development by DMT, BMI, low growth is observed in 14.98% of boys and 8.59% for girls. Most indicators of physical development parameters do not coincide with those of the standard physical development of pupils Bishkek (2013)

Key words: physical development, students of musical boarding school, anthropometry, standards of physical development, physical development group

Актуальность
Физическое развитие, характеризующее процессы роста и развития детей и подростков, по праву считается важнейшим и информативным

показателем состояния здоровья детского населения, результаты оценки физического развития отражают всю совокупность факторов, влияющих на организм человека, и служат

информативными гигиеническими критериями. Из-за несовершенства процессов роста и развития организм ребенка школьного возраста очень чувствителен к отрицательному воздействию факторов среды обитания и одновременно к положительному влиянию профилактических мероприятий по сохранению и укреплению состояния здоровья [1,2].

В связи с этим изучение выявления особенностей процессов роста и развития воспитанников музыкальной школы - интерната на фоне различных социально-экономических изменений в обществе, неудовлетворительных условий жизнедеятельности и не рационального питания, разработка конкретных профилактических мероприятий по сохранению и укреплению здоровья будущих артистов являются актуальной научной проблемой [3,4].

Материалы и методы.

Проведена оценка и изучение особенностей физического развития учащихся Республиканской музыкальной специализированной школы - интернат им. М. Абдраева (РМССШИ им. М. Абдраева) детей и подростков от 10 до 17 лет (n=289).

Антропометрические исследования, включавшие измерение массы и длины тела,

окружности грудной клетки (ОГК), проводили в соответствии с общепринятой методикой [7].

Физическое развитие учащихся музыкальной школы - интерната сравнивали со стандартами физического развития детей школьного возраста от 7 до 18 лет г. Бишкек (2013 г.) [7].

Статистический анализ проводили с использованием программы EXCEL – 2007 (Microsoft Co, 2007, США), Statistica 6.

Результаты и обсуждения

Обследуемые распределены по возрасту (от 10- 17 лет) и полу (39% - мальчики, 60% - девочки). В результате статистической обработки были получены основные параметры признаков физического развития учащихся.

Исследование показало, что средний рост мальчиков составил от 135,34±1,37 см (10 лет) до 170,46±2,38 см (17 лет), у девочек от 135,01±1,05 см до 162,89±2,18 см. Средняя масса тела мальчиков составил от 31,07±1,10 кг (10 лет) до 60,56±1,28 кг (17 лет), у девочек 30,0±0,98 кг - 54,3±1,84 кг, и окружность грудной клетки - 64,14±0,90 см - 86,18±0,58 см у мальчиков, 62,3±0,8 см - 80,1±1,73 см у девочек соответственно (Таблицы № 1).

Как видно из таблицы № 1 анализ данных

Таблица №1

Сравнительный анализ физического развития мальчиков и девочек учащихся музыкальной школе- интернат им. М.Абдраева

Возраст	Длина тела		Масса тела		ОГК	
	Мальчики M±m	Девочки M±m	Мальчики M±m	Девочки M±m	Мальчики M±m	Девочки M±m
10	135,34±1,37	135,01±1,05	31,07±1,10	30,0±0,98	64,14±0,90	62,3±0,81
11	141,03±1,24	142,42±1,70	36,06±0,75	36,0±0,75	66,48±1,13	65,1±1,08
12	146,08±1,55	150,02±1,30*	37,32±1,31	41,0±1,21*	66,06±1,20	67,3±0,96
13	150,52±1,58	156,23±1,24***	42,09±1,81	46,0±1,39	72,04±1,14	74,0±0,86
14	158,04±1,85	157,03±1,94	46,01±2,66	50,3±1,56	74,15±1,72	76,4±0,94
15	165,12±1,88*	160,34±0,98	53,42±2,91	53,5±1,93	78,49±1,94	75,6±1,07
16	169,28±2,88**	160,78±1,35	56,10±1,07**	51,2±1,32	82,21±1,84	78,2±0,89
17	170,46±2,38*	162,89±2,18	60,56±1,28**	54,3±1,84	86,18±0,58***	80,1±1,73

Примечание: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ПРОФИЛАКТИКИ

показал, при сравнении длины тела выявлено что, у девочек 12 - лет рост выше на 2, 36% ($p < 0,05$), у 13- лет на 3,66% ($p < 0,001$) по сравнению со средними показателями длины тела мальчиков данных возрастов. Длина тела мальчиков от 15 до 17- лет ($165,12 \pm 1,88$ см - $170,46 \pm 2,38$ см) длина тела достоверно выше ($*p < 0,05$) по сравнению с 15-17 летними ($160,34 \pm 0,98$ см - $162,89 \pm 2,18$ см) девушками.

Масса тела 12 - летних девочек ($41,0 \pm 1,21$ кг) достоверно выше ($p < 0,05$) нежели чем у мальчиков ($37,32 \pm 1,31$ кг) данного возраста, а также выявлены средне достоверные различия ($**p < 0,01$) массы тела у 16 - 17- летних мальчиков ($60,56 \pm 1,28$ кг) по сравнению с 16- 17 летними девушками ($54,3 \pm 1,84$ кг).

Помимо роста и массы тела анализ средних показателей окружности грудной клетки показал, что имеется высоко достоверное различие ($p < 0,001$), у 17- летних мальчиков ($86,18 \pm 0,58$ см) по сравнению с ОГК девушками ($80,1 \pm 1,73$ см) данного возраста.

Оценка физического развития проводилась по длине и массе тела (Рис. 1 и 2). У мальчиков учащихся в музыкальной школе – интернат имеющих гармоничное (среднее) физическое развитие встречалось с частотой 69, 03%, среди девочек 71,14%. Отклонения в физическом развитии были связаны в основном с дефицитом массы тела (13,24%) и показателями низкого роста у мальчиков (23, 86 %) , у девочек с избытком массы тела (13,94 %). Соответственно,

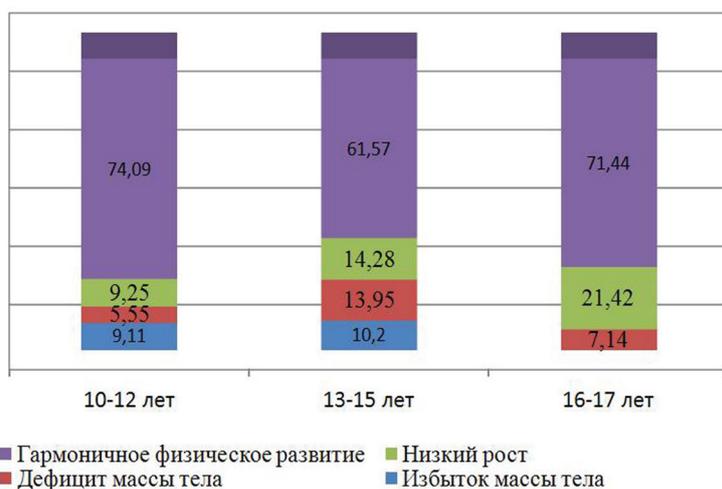


Рис. 1. Распределение мальчиков по группам физического развития в зависимости от возраста (в %).

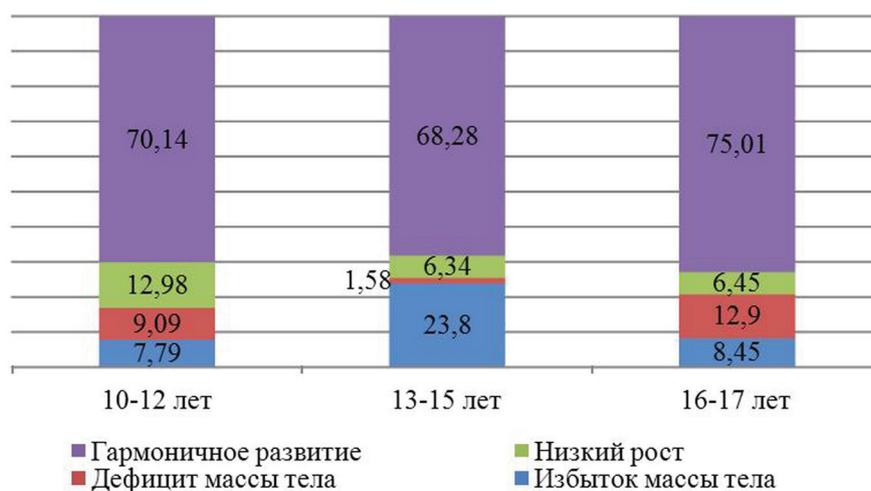


Рис. 2. Распределение девочек по группам физического развития в зависимости от возраста (в %).

во всех возрастах часто встречались мальчики с дисгармоничным физическим развитием.

Частота дефицита массы тела у мальчиков была различной, с преобладанием среди мальчиков в возрасте от 12 до 15 лет (13,95%), а также отмечен высокий процент низкого роста 13-17 (14,28% - 21,42%) летних мальчиков. Избыток массы тела чаще встречалось среди девочек в возрасте 13-15 лет (23,8%) а также у 17-летних девочек (8,45%). Это, вероятно, было связано со стартовым периодом и формированием развития по женскому типу.

Выводы

Таким образом, из обследованных 69,03% мальчиков и 71,14% девочек имеют гармоничное физическое развитие, 15,31% мальчиков и 21,20% девочек имеют отклонение в физическом развитии за счет дефицита массы тела (8,88% - мальчики, 7,85% - девочки) и избытка массы тела (6,43% мальчики, 13,34% девочки). Низкий рост отмечается у 14,98% мальчиков и 8,59% девочек.

Литература:

1. Мельникова И. Ю. «Актуальность оценки физического развития детей и подростков». *Практическая медицина. Научно-практический журнал* 2009 г. 67-77 стр.

2. Л.С. Заркенова «Физическое развитие как один из важнейших объективных критериев здоровья детей. Обзор литературы». *Вестник КарГУ. Выпуск №2/2010 г.*

3. Рязанцев А. А. «Профессионально-прикладная физическая подготовка студентов музыкальных вузов, исполнителей на духовых инструментах». *Автореферат диссертации на соискание ученой степени к. п. н. Москва. :2009 г. – 36 стр.*

4. Коновалов И. Е «Современная концепция физического воспитания музыкантов-инструменталистов средних специальных учебных заведений». *Вестник Адыгейского государственного университета*

Выпуск № 1 / 2010 г. 36-42 стр.

5. Галичаев М. П. *Здоровье и физическая культура музыканта. Ростов н/Д: Изд-во РГК, 2005 г.- 248 стр.*

6. Атамбаева Р. М. *Стандарты физического развития детей школьного возраста (от 7 до 18 лет) г. Бишкек. Бишкек.: 2013 г. – 67 стр.*

7. Ставицкая А. Б., Арон Д. И. *Методика исследования физического развития детей и подростков. Москва . : 1959 г. 73 стр.*

8. Большакова М.Д., Кардашенко В.Н. *Руководство к практическим занятиям по гигиене детей и подростков. Москва . : 1959 г. - 6 - 57 стр.*

ПРОФИЛАКТИКА ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЗЬЕГО МОЛОКА И ПРОДУКТОВ ЕГО ПЕРЕРАБОТКИ

Мингазова Э.Н., Гомзина Е.Г.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Минздрава России»,
Кафедра гигиены, медицины труда
Казань, Россия

Резюме: Цель данного исследования является изучение распространенности пищевой аллергии среди детей раннего возраста в г. Казани по данным опроса родителей, особенностей использования в рационах детей козьего молока и продуктов его переработки. По специально разработанной карте-опроснику проведено интервьюирование 555 женщин, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Абсолютное большинство матерей (96 %) применяли адаптированные смеси на основе коровьего молока. По результатам опроса матерей было выявлено, что 40,75% из их числа отмечали у своих детей неоднократные проявления аллергических реакций, связанные с приемами пищи. Основное число детей раннего возраста находилось на смешанном или искусственном вскармливании. Отмечалась низкая частота применения в рационах питания детей до 3-х лет козьего молока и продуктов его переработки и информированность педиатрами о преимуществах применения в питании детей козьего молока и продуктов его переработки.

Ключевые слова: пищевая аллергия, дети, козье молоко, коровье молоко, аллергические реакции, питание.

PROPHYLAXIS OF FOOD ALLERGY IN EARLY AGED CHILDREN USING GOAT MILK AND ITS PRODUCTS

Mingazova E.N., Gomzina E.Y.

Kazan State Medical University of Public Health of Russia
Kazan, Russia

Resume: The aim of this investigation was to study the prevalence of food allergy among early aged children in Kazan according to a survey of parents especially the use of goat milk and its products. Using specially worked out questionnaire card 555 women having children up to 3 years were examined. The absolute majority of mothers (96%) used adapted mixtures based cow's milk according to a survey of mothers it was found that 40,75 of them marked repeated manifestations of allergic reactions associated with meals in their children. The largest number of early aged children averse on mixed or substitute feeding. There were low frequencies of using goat milk and its products in the diet of children under 3 years and pediatricians information about the benefit of using goat milk and its products in children nutrition.

Key words: food allergy, children, goat milk, cow's milk, allergic reactions, nutrition.

Введение. Часто сенсibilизация детского организма происходит в определенной временной последовательности. Наиболее частой причиной заболевания у детей грудного возраста является пищевая аллергия. Среди пищевых аллергенов преобладает значимость продуктов с высокой сенсibilизирующей активностью (белки коровьего молока и куриного яйца, сахар, картофель, морковь, citrusовые, пшеничная мука, красные яблоки, мед, орехи, рыба). Могут отмечаться симптомы заболевания и на лекарственные аллергены, преимущественно на антибиотики. Участие других групп аллергенов на первом году жизни значительно реже, чем в последующие возрастные периоды. У детей старшего возраста роль пищевой аллергии уменьшается, однако при пылевой аллергии возможны перекрестные реакции с пищевыми аллергенами. [1,2]

На втором третьем году жизни возрастает значение сенсibilизации к аэроаллергенам

жилищ. На этот период приходится начало аллeргизации к домашней пыли, дерматофагоидным клещам (*Dermatophagoideus pteronissinum*, *Dermatophagoideus farine* и плесневым грибам - *Alternaria*, *Aspergillus*, *Mucor*, *Penicillium*, *Cladosporium* и др.). В возрасте от 4 до 7 лет преобладает этиологическая значимость аэроаллергенов жилищ и развивается эпидермальная (на шерсть, пух, перхоть, экскременты, слюну различных животных) и пылевая аллергия (на пыльцу деревьев, кустарников, злаковых и сорных трав). Впервые выявляется этиологическая роль бактериальных аллергенов (стафилококк, кишечная палочка, стрептококк, энтерококк и др.) в сочетании с неинфекционными. У детей, проживающих в загрязненных, промышленных районах, отмечают сенсibilизацию к химическим веществам. У школьников чаще встречается сочетанная сенсibilизация: еще более увеличивается этиологическая значимость

аллергенов домашней пыли, *Dermatophagoideus pteronissinum*, *Dermatophagoideus farinae*, а также плесневых грибов, эпидермальных аллергенов и пыльцы растений. В соответствии с этим у детей школьного возраста возрастает степень поливалентности с участие трех, четырех и более групп аллергенов [3]

Таким образом, у детей с аллергией прослеживаются возрастные закономерности формирования атопии. Они характеризуются, с одной стороны преобладанием в каждом возрасте определенного спектра аллергенов, а с другой – нарастанием полиэтиологичности с возрастом и длительностью болезни.

По результатам собственных исследований важным фактором в формировании респираторных форм атопии является нерациональное питание ребенка на первом году жизни – перевод на искусственное и смешанное вскармливание. При раннем отнятии от груди ребенок лишается важных компонентов женского молока, подавляющих формирование клона В-лимфоцитов, продуцирующих IgE, тогда как антигены коровьего молока способствуют вторичной их выработке. Необходимо отметить, что провоцирующим моментом возникновения атопических проявлений у детей с наследственной предрасположенностью к аллергии является раннее введение прикорма. Так, чисто грудное вскармливание детей и отказ от прикорма до шестимесячного возраста являются мерами профилактики аллергических заболеваний у детей этой группы. [4,5,6]

К группе высокого риска развития атопии относятся дети с наследственной предрасположенностью к аллергическим заболеваниям,отягощенным течением антенатального периода, анте- и интранатальной гипоксией плода, ранним переводом на искусственное и смешанное вскармливание, аномалиями конституции, атопическим дерматитом, наличием бронхообструктивного синдрома при острых респираторных вирусных инфекциях, проживающие в экологически неблагоприятном районе [3]

В процессе становления аллергической патологии у детей большое значение отводится изменениям со стороны желудочно-кишечного тракта, обуславливающих повышенную проницаемость слизистой кишечника для аллергенов. Наряду с этим важная роль принадлежит функциональному состоянию

печени и желчевыводящих путей. По данным собственных исследований у 100% детей с респираторными формами отмечается патология со стороны органов пищеварения, в том числе нарушения микробиоциноза кишечника - у 89,8%, гепатобилиарная патология - у 79,1%, реактивные панкреатиты - у 55,6%, хронические панкреатиты - у 3,5% [3].

Цель данного исследования : Изучить частоту распространенности пищевой аллергии среди детей раннего возраста в г. Казани по данным опроса родителей, оценить особенности использования в рационах детей козьего молока и продуктов его переработки, а также уровень информированности родителей детей раннего возраста о пользе данных продуктов питания.

В данной работе применялись такие методы, как социологический, клинический, гигиенический. По специально разработанной карте-опроснику проведено интервьюирование 555 женщин города Казани, имеющих детей в возрасте до 3 лет. Была проведена выкопировка из амбулаторной карты каждого ребенка с оценкой состояния здоровья и особенностей его питания.

В результате среди опрошенных матерей лишь 43,5% кормили своих детей грудью. Абсолютное большинство матерей (96 %) применяли адаптированные смеси на основе коровьего молока (рис.1). По результатам опроса матерей, имеющих детей до 3-летнего возраста, было выявлено, что 40,75% из их числа отмечали у своих детей неоднократные проявления аллергических реакций, связанные с приемами пищи.

Использование широкого комплекса специализированных лечебных и профилактических продуктов не всегда оказывается достаточно эффективными. В связи с этим сохраняет свою актуальность поиск новых подходов к замене продуктов на основе белков коровьего молока в питании детей раннего возраста на иные продукты, способные устранить явления пищевой аллергии и в то же время обеспечить адекватный рост и развитие детей.

При анализе результатов выкопировок из амбулаторных карт определено, что у лишь у 15% детей был поставлен диагноз атопический дерматит, у 13% - пищевая аллергия (рис. 2).

Среди опрошенных матерей каждая

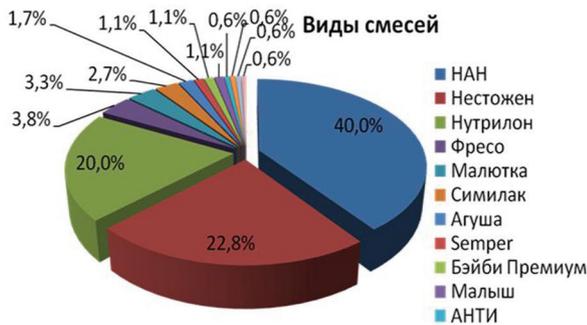


Рис. 1. Частота вариантов ответов матерей об использовании молочных смесей (на 100 опрошенных).

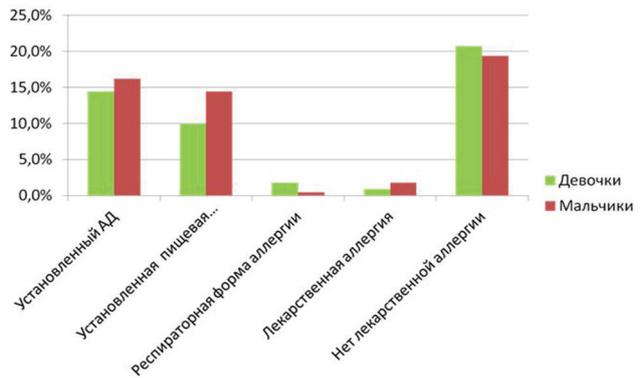


Рис. 2 Частота ответов матерей о наличии «установленных аллергических диагнозов» (на 100 опрошенных).

пятая (21%) включала в рацион своего ребенка козье молоко и продукты его переработки и то крайне нерегулярно. О преимуществах применения в детских рационах питания козьего молока матери узнали от врача-педиатра (34 из 100 опрошенных), из интернета (28 их 100 опрошенных), от своих родителей (12 из 100 опрошенных), от знакомых (11 из 100 опрошенных), остальные - из телепередач, журналов и книг.

Выводы. Первичная профилактика атопии должна проводиться детям группы высокого риска. Ее основу составляет комплекс мероприятий по предотвращению или уменьшению экспозиции к аллергенам и факторам, способствующим возникновению и развитию сенсибилизации. Необходима ранняя профилактика аллергии детям, находящимся на раннем смешанном или искусственном питании, из группы риска по развитию атопии. Выявленная низкая распространенность грудного вскармливания детей и незначительная его продолжительность является фактором для развития аллергии и требует более детальной проработки работы профилактических мероприятий по грудному вскармливанию. Основное число детей раннего возраста находятся на смешанном или искусственном вскармливании, что повышая риск развития аллергических заболеваний. Отмечается низкая частота применения в рационах питания детей до 3-х лет козьего молока и продуктов его переработки и информированность педиатрами о преимуществах применения в питании детей козьего молока и продуктов его переработки.

Литература:

1. Пищевая аллергия у детей. Под ред. И.И. Балаболкина, В.А. Ревякиной. М.: Династия. – 2009.- 190 с.
2. Филатова Т.А. Пищевая аллергия у детей: практические аспекты недостаточной эффективности диетотерапии //Педиатрия. -2011. - Том 90. - № 6.-С. 64-70.
3. Шамова А.Г., Маланичева Т.Г, Гомзина Е.Г. Аллергический ринит, бронхиальная астма и их сочетание у детей. Казань-Татарское книжное издательство, 2007. - 193 с
4. Hide DW, Guyer BM. Clinical manifestations of allergy related to breast-and cow's milk feeding. *Pediatrics*. 1994; 76: 973–975.
5. Macaubas C, Prescott SL, Venaille TJ, et al. Primary sensitization to inhalant allergens during infancy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2000; 11 (Suppl. 13): 9–11.
6. Глобальная стратегия по кормлению детей грудного и раннего возраста. ВОЗ, ЮНИСЕФ. 2003: 34 с

ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ Асамбаев А.А., Ахметова Р.Х.

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

Резюме: ВИЧ-инфекция управляет современным состоянием эпидемии туберкулеза во всех странах мира. В Кыргызской Республике на 1 января 2014 года зарегистрировано 5115 случаев ВИЧ-инфекции, из них у 1025 пациентов имела место ко-инфекция обоих заболеваний. Умерли 440 пациентов, в т.ч. от туберкулеза – 326, от других причин – 114.

Среди больных туберкулезом пациенты с ко-инфекцией ВИЧ имеют повышенный риск рецидива, неудачи лечения и смертельного исхода.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, ко-инфекция.

ВИЧ ЖАНА КУРГАК УЧУК Асамбаев А.А., Ахметова Р.Х.

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

Корутунду: Дүйнөнүн баардык өлкөлөрүндө ВИЧ-инфекциясы кургак учук эпидемиологиялык абалын башкарып турат. 2014 жылында ВИЧ-инфекциясы менен ооруп катталгандардын саны 5115 түзгөн, алардын арасында 1025 орулуулар ко-инфекциясы менен ооруйт. Каза болгон ооруюлардын саны 440 киши түзгөн, алардын ичинен 326 кургак учук менен оорулуу, башка оорудан каза болгон адамдар 114 киши түзгөн.

Кургак учук ко-инфекциясы ВИЧ менен ооругандар оорунун кайталануусунан натыйжасыз дарылануу жана каза болушунан коркунучта болушат.

Негизги сөздөр: ВИЧ-инфекциясы, кургак учук, ко-инфекциясы.

HIV-INFECTION AND TUBERCULOSIS Asambaev A.A., Akhmetova R.H.

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

Resume: HIV-infection is in charge of TB-epidemic in all countries of the world. In the Kyrgyz Republic there are 5115 cases of HIV-infection on the 1st of January 2014, 1025 patients of them have co-infection of the both diseases. 440 patients died, 326 – from tuberculosis, 114 – from other reasons. TB/HIV-co-infection patients have high risk of recurrence, failure of treatment and death.

Key words: HIV-infection, tuberculosis, co-infection.

С момента регистрации первого случая ВИЧ (более 30 лет) по оценочным данным USAID об эпидемии, в мире заразились почти 60 млн. человек, умерли около 30 млн. человек. Заражение ВИЧ такого количества людей во всем мире делает пандемию ВИЧ-инфекции самой разрушительной в истории человечества.

Одна треть из 34 миллионов людей с ВИЧ инфицированы МБТ, однако еще не больны. Вероятность того, что у людей с ВИЧ, инфицированных микобактериями туберкулеза, разовьется активная форма заболевания, в 21 – 34 раза превышает вероятность развития активного туберкулезного процесса у неинфицированных ВИЧ. Сочетание этих заболеваний представляют собой смертельное взаимодействие, компоненты которого ускоряют

развитие друг друга. Современное состояние проблемы туберкулеза в мире и в Кыргызской Республике в значительной мере определяется нарастающей распространенностью ВИЧ-инфекции. Туберкулез является основной причиной смерти ЛЖВ.

Выявление случаев ВИЧ-инфекции в КР началось с 1987 года, однако до 2001 года регистрировалось малое количество случаев (всего 153). По данным республиканского центра по борьбе со СПИДом, в Кыргызстане кумулятивно на 01.01.2014 выявлено 5115 случаев ВИЧ-инфекции, из них 1025 случаев ко-инфекции ВИЧ/ТБ. Умерли 440 пациентов, в т.ч. от туберкулеза – 326, от других причин – 114.

Клиническое течение туберкулеза у ЛЖВ зависит от глубины иммунодефицита,

который измеряется уровнем CD4+ крови. Уровень CD4+ 200 в 1 мм³ крови приближается к порогу тяжелого иммунодефицита. Морфологические, клинические, лабораторные и рентгенологические проявления туберкулезного процесса на ранних и поздних стадиях ВИЧ – инфекции значительно отличаются.

Характеристику клинической картины туберкулеза на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции см. в табл. 1.

Рентгенологические особенности туберкулезного процесса на ранней и поздней стадии ВИЧ-инфекции представлены на рис. 1, 2.

Выявление туберкулеза у ВИЧ-инфицированных проводится врачом-инфекционистом или специалистом центра СПИДа. Скрининг на наличие симптомов предполагаемого туберкулеза необходимо проводить непосредственно после подтверждения ВИЧ-положительного статуса, затем при

Таблица 1

Особенности туберкулезного процесса в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и уровня CD4+T- лимфоцитов.

Клинические, рентгенологические, лабораторные проявления туберкулеза	Количество CD4+ Т-лимфоцитов		
	CD4+ > 500	CD4+ от 200 до 500	CD4+ < 200
Локализация туберкулезного процесса	Легочная	Сочетание легочных и внелегочных поражений	Часто сочетанные генерализованные поражения органов и систем
Синдром интоксикации и «грудные» проявления	Умеренно выражены	Выражены, имеются симптомы поражения других органов	Преобладают симптомы интоксикации, ярко выражены
Течение заболевания	Подострое	Острое	Крайне тяжелое, инфекционно-септический шок
МБТ в мокроте	Обнаруживаются часто	Обнаруживаются редко, в биологических жидкостях – часто	Обнаруживаются редко, в биологических жидкостях – часто
Реакция Манту	Положительная	Отрицательная	Отрицательная
Рентгенологическая картина	В/долевые инфильтраты с кавернами	Н/долевые инфильтраты без каверн, милиарная диссеминация, плевральный выпот, частые сочетания с периферическими лимфаденитами, плевритами, менингитами, абсцессами головного мозга, поражениями костей и суставов, органов брюшной полости	Милиарная и крупноочаговая диссеминация с тенденцией к слиянию и образованию множественных инфильтратов без каверн, плевральный выпот, сочетание с другими заболеваниями, характерными для СПИДа



Рис. 1. Обзорная рентгенограмма, уровень CD4+ Т-лимфоцитов 427 в 1 мм³, туберкулезные каверны в области обеих верхних долей (Palomino J. C., 2007).



Рис. 2. Обзорная рентгенограмма, уровень CD4+ Т-лимфоцитов 23 в 1 мм³, туберкулезный инфильтрат в области нижней, средней долей правого легкого, внутригрудная лимфоаденопатия, каверны и полости распада не определяются (Palomino J. C., 2007).

каждом контакте пациента с медицинским работником. Кроме того, показано лабораторно – рентгенологическое обследование: при постановке на учет, при появлении клинических симптомов либо при отсутствии симптомов 1 раз в 6 месяцев. Обследование должно включать общий анализ крови, простую микроскопию мокроты 3-х –кратно и Xpert-MTB/RIF при наличии кашля любой продолжительности, рентгенограмму грудной клетки (ВОЗ, 2003). Учитывая ограниченные возможности ВИЧ-инфицированного организма к формированию реакций гиперчувствительности замедленного типа, проба Манту не может использоваться в качестве отборочного теста для проведения дальнейших исследований на туберкулез.

При наличии активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных всем больным необходимо проведение теста на лекарственную чувствительность, при этом предпочтение необходимо отдавать экспресс – методам определения лекарственной устойчивости. В противном случае при наличии МЛУ, ШЛУ смерть больного может наступить до получения результатов ТЛЧ (посев на среду Левенштейна-Йенсена) или регистрация I ряда (ВОЗ, 2013).

Режимы лечения туберкулеза представлены в табл. 2 (ВОЗ, 2011).

Диагноз туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц устанавливается районным куратором, регистрация случая проводится по обычной схеме.

Лечение случаев ко-инфекции необходимо начинать с противотуберкулезной терапии. Однако, следует помнить, что раннее подключение АРТ благоприятно влияет на исход туберкулеза (снижается частота рецидивов, неблагоприятных, летальных исходов). Поэтому АРТ подключается после достижения хорошей переносимости противотуберкулезных препаратов как можно в более ранние сроки, как минимум через 3-4 недели от начала противотуберкулезной терапии во избежание жизнеопасного синдрома воспалительного восстановления иммунной системы (ВОЗ, 2013).

Если туберкулез выявлен у ВИЧ-инфицированного пациента, уже получающего АРТ, необходимо продолжить АРТ, начать противотуберкулезную терапию.

Детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей, вакцинация БЦЖ противопоказана до полного исключения инфицирования ВИЧ. Если у них к возрасту 15-18 месяцев в ходе повторного тестирования ВИЧ-статус отрицательный, проводится прививка стандартной дозой вакцины БЦЖ после пробы Манту с 2 ТЕ при размере инфильтрата 0-4 мм. Однако, если ребенок инфицирован ВИЧ, нарастающая вирусная нагрузка может привести к развитию генерализованной инфекции БЦЖ, поэтому в подобных случаях вакцинация абсолютно противопоказана (ВОЗ, 2013).

Всем впервые выявленным ВИЧ -инфицированным проводится химиопрофилактика

Схемы противотуберкулезной терапии для больных ВИЧ-инфекцией с активным туберкулезом

Классификация случая туберкулеза по ВОЗ	Схемы лечения туберкулеза	
	Интенсивная фаза	Поддерживающая фаза
Новый случай туберкулеза	2 HRZE	4 HR
Рецидив	2 HRZES	5 HRE
Лечение после перерыва	1 HRZE	
Неудача лечения		
МЛУ туберкулез	Схемы для лечения МЛУ ТБ	

тика после исключения активного туберкулеза по данным комплексного клинико-рентгенологического исследования, которая назначается районным куратором-фтизиатром, а проводится районным врачом-инфекционистом. ХП проводится один раз в жизни. Если ВИЧ-инфицированный продолжает жить в контакте с больными туберкулезом, то решение о проведении повторного курса химиопрофилактики такому лицу решается на консилиуме. В соответствии с Национальными клиническими протоколами КР режим химиопрофилактики включает изониазид из расчета 10 мг на 1 кг веса, но не более 0,3 внутрь, в сочетании с приемом пиридоксина 25 мг/сут, ежедневно, в течении 6 месяцев (ВОЗ, 2013).

Химиопрофилактика ВИЧ - инфицированным, контактным с МЛУ ТБ, не проводится. В этих случаях необходимо тщательное наблюдение и проведение полного клинико-

рентгенологического обследования каждые 6 месяцев или по показаниям при появлении клинических симптомов.

Прогноз случаев ко-инфекции относительно благоприятен при раннем выявлении обоих заболеваний и своевременно начатом лечении. Среди больных туберкулезом пациенты с ко-инфекцией ВИЧ имеют повышенный риск рецидива, неудачи лечения и смертельного исхода.

Литература:

1. Тактика ведения больных с сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ. – ВОЗ, 2013. – 46 с.
2. Приоритетные аспекты изучения проблемы ТБ/ВИЧ в условиях высокой распространенности ВИЧ-инфекции и ограниченных ресурсов. – ВОЗ, 2011. – 53 с.
3. Palomino J.C. Tuberculosis. – 2007. – 685 с.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Баялиева М.М., Халупко Е.А., Баймуратов Б.Ж.,
Карамурзаева Г.А., Кадырова Р.М.

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

Резюме: Проведен анализ 59 медицинских карт детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией, находившихся на стационарном лечении. Предоставлены клинические особенности и проблема диагностики внутрибольничных инфекций у детей раннего возраста.

Ключевые слова: дети, внутрибольничная инфекция, диагностика.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН БЕЙТАПКАНАДА КЕЗДЕШКЕН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРДЫН КЛИНИКАСЫ ЖАНА АНЫКТООСУ

Баялиева М.М., Халупко Е.А., Баймуратов Б.Ж.,
Карамурзаева Г.А., Кадырова Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республиканын жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бейтапканада жаткан жугуштуу оорулар менен ооруган 59 ымыркай балдардын бейтап баяны изилденген. Оорулардын клиникалык өзгөчөлүктөрү жана аныктоосу көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: балдар, бейтапканадагы жугуштуу оору, аныктоо.

CLINIC AND DIAGNOSTICS OF AN INTRAHOSPITAL INFECTION OF AN EARLY AGE CHILDREN

Bayaliev M.M., Halupko E.A., Baymuratov B.J.,
Karamurzaeva G.A., Kadyrova R.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republic clinical infection hospital
Biskek, Kyrgyz Republic

Resume: The analyses of case histories of 59 infants with nosocomial infection were carried out. The problem of diagnosis of nosocomial infections in at early age children is given in this article.

Key words: children, nosocomial infection, diagnosis.

Введение. В последние годы проблема внутрибольничных инфекций (ВБИ) приобрела большое значение для всех стран мира. В Германии ежегодно регистрируется 500-700 тыс. больных детей с внутрибольничной инфекцией, а в России около 30 тыс. ВБИ значительно удлиняют срок пребывания больных в стационарах, а наносимый ими экономический ущерб ежегодно составляет от 5 до 10 млрд. долларов в США, в Германии - около 500 млн. евро [1,3]. В нашей стране достоверных статистических данных нет.

Эпидемическому распространению ВБИ способствует формирование и широкое распространение полирезистентных штаммов микроорганизмов к антибиотикам, используемых при лечении ОКИ [2,5,6].

Актуальность внутрибольничных инфекций обусловлена также не только высокой частотой инфицирования, развитием тяжелых форм болезни, но и несвоевременностью обследования в период ухудшения состояния больных, что затрудняет своевременную диагностику и лечение [4,7]. Высокая распространенность внутрибольничных инфекций, наличие тяжелых форм и неблагоприятных исходов болезни определили необходимость изучения клинико-эпидемиологических особенностей и вопросов диагностирования ВБИ у детей раннего возраста, что позволит своевременно назначить этиотропную и патогенетическую терапию, с учетом особенностей возбудителя.

Целью настоящей работы явилось

изучение особенностей клиники и диагностики внутрибольничной инфекции у детей раннего возраста.

Материалы и методы исследования

Нами проведено обследование 59 детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией, получавших стационарное лечение на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) в период с декабря 2013 по январь 2014 годов.

В диагностике были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические методы исследования. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей с внутрибольничной инфекцией была представлена преимущественно больными первого года жизни (Рис.1).

Среди детей первого года жизни преобладали дети первых 6 месяцев жизни (Рис.2).

Большинство детей с внутрибольничной инфекцией были жителями города Бишкека 45 (76,3%) и только 13 (22,0%) больных были жителями села. Соотношение мальчиков и девочек (52,5% - 47,5%) было практически одинаковым.

Каждый второй ребенок с внутрибольничной инфекцией поступал в РКИБ без направления врачей по тяжести состояния. Скорой медицинской помощью были доставлены 14 (23,7%) детей с признаками умеренного обезвоживания и токсикоза, врачами ЦСМ были направлены 10 (16,9%) больных с диагнозом острый гастроэнтероколит. Сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии (РИТ) поступило 9 (15,3%) больных с внутрибольничной инфекцией и 5 (8,5%) детей, поступивших в профильные кишечные отделения, в последующем были переведены в РИТ из-за тяжести состояния.

Анализ данных эпидемиологического анамнеза показал, что из общего количества больных с ВБИ 7 (11,9%) детей до поступления в

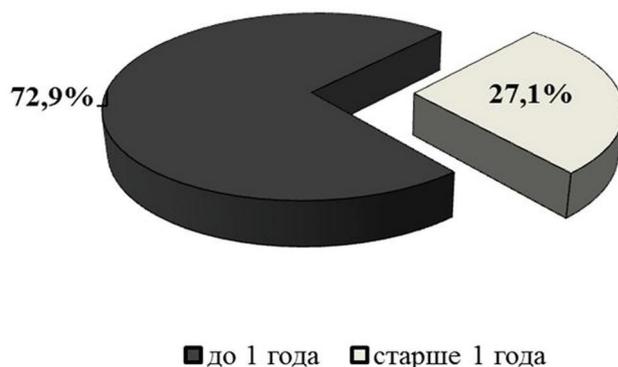


Рис.1. Возрастная структура детей раннего возраста с внутрибольничной инфекцией

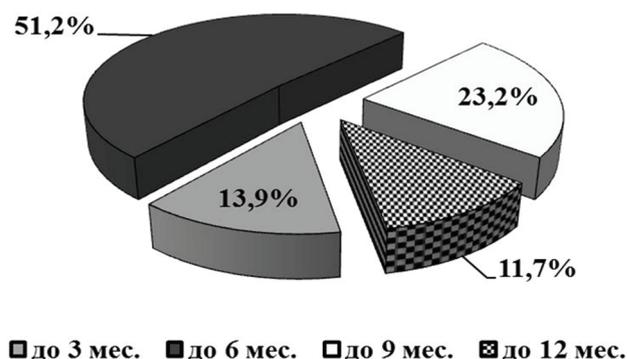


Рис.2. Возрастная структура детей первого года жизни с внутрибольничной инфекцией

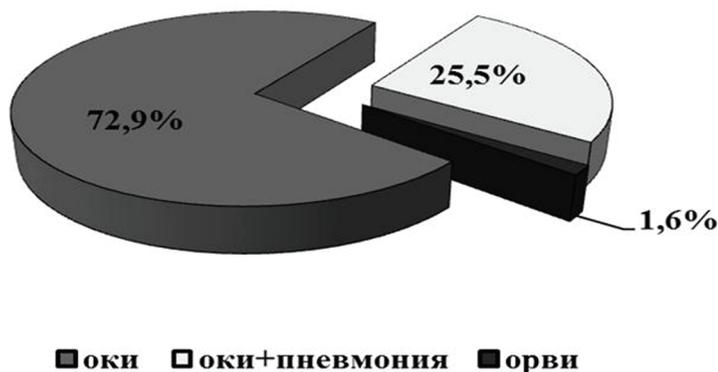


Рис.3. Нозологические формы внутрибольничной инфекции

РКИБ получали лечение в детских соматических стационарах, 14 (23,7%) детей поступили повторно на 3-4 день после выписки из инфекционной больницы, у остальных детей отмечалось ухудшение состояния на 3-4-й день пребывания в стационаре.

Следует отметить, что 28 (47,5%) детей до поступления в РКИБ уже получали амбулаторно антибактериальную терапию, представленную в основном ампициллином у 13 (22,0%) больных и цефотаксимом у 7 (11,9%) детей в течение 2-3-х дней. Реже использовали ципрофлоксацин, рифампицин, фуразолидон, гентамицин.

В структуре внутрибольничной инфекции преобладали острые кишечные инфекции (Рис.3).

Преморбидный фон был отягощенным у каждого второго (57,9%) ребенка с ВБИ и был представлен в основном анемией (25,4%) и гипоксически-ишемической энцефалопатией (20,3%), реже отмечались рахит, внутриутробные инфекции, нарушение питания.

Основными жалобами при поступлении были: повышение температуры тела, рвота, частый жидкий стул зеленого цвета со слизью и у некоторых больных с прожилками крови.

Симптомы интоксикации в различной степени выраженности отмечались у всех наблюдаемых больных внутрибольничной инфекцией. Так, повышение температуры тела до 38,5°C выявлено у 30 (50,8%) детей, выше 38,5°C у 29 (49,2%) больных. Длительность лихорадочного периода составила 2,0 ± 0,5 дней. У большинства (59,3%) детей с внутрибольничной инфекцией наблюдалась повторная рвота. При пальпации живота у всех больных внутрибольничной инфекцией

отмечалась болезненность по ходу тонкого и толстого кишечника, что свидетельствовало о проявлении энтероколита.

Следует отметить, что у 7 (11,9%) детей были выявлены тенезмы (ложные позывы к акту дефекации), а также наличие слизи, зелени, прожилок крови в стуле, характерных для инвазивного поражения толстого кишечника. Частота стула составляла преимущественно до 10 раз в сутки – у 35 (59,3%) детей, реже до 5 - у 16 (27,1%) и более 10 раз в сутки - у 8 (13,6%) больных. Заболевание протекало в основном (91,5%) в тяжелой форме.

Осложнения были выявлены у 33 (55,9%) детей с внутрибольничной инфекцией. Среди осложнений внутрибольничной инфекции преобладала пневмония с дыхательной недостаточностью (у каждого второго ребенка), реже обезвоживание и ДВС синдром. У детей с тяжелой формой ВБИ у 20 (33,9%) детей в течение 2-3-х дней отмечалось снижение диуреза, у 2 (3,4%) больных безбелковые отеки.

Несмотря на преобладание тяжелых форм заболевания, особых изменений в анализе периферической крови у большинства (93,3%) детей не было, что вероятно связано с применением антибиотиков, а также наслоением вирусной инфекции.

Анализ результатов копрологического исследования показал преобладание показателей, характерных для энтероколитного синдрома (слизь, лейкоциты, эритроциты).

Всем детям с внутрибольничной инфекцией проводилось бактериологическое исследование кала, положительные результаты которого отмечены только в 16,9% случаев и были представлены: 6,8% - Salmonella

typhimurium, proteus – 5,1%, enterobacter – 4,4%. Отрицательные результаты бактериологического исследования, возможно, связаны с тем, что забор кала в приемном отделении производился из слизистой прямой кишки с помощью ректальных ватных тампонов при отсутствии стула на момент осмотра, тогда как забор испражнений лучше всего производить сразу после дефекации, до начала антибактериального лечения.

Лечение детей больных ВБИ было комплексным, которое включало диету, антибактериальную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Антибактериальную монотерапию начинали сразу до получения результатов бактериологического исследования, которая была представлена цефалоспоридами III поколения - получили 25 (42,3%) больных. Последовательную антибактериальную терапию получили 26 (44,1%) детей (цефтриаксон→ладеф, цефтриаксон→ципрокс, эфипим→ципрокс) и комбинированную 8 (11,6%) детей (цефотаксим+амикацин, эфипим+амикацин, цебанекс+ципрокс). Длительность антибактериальной терапии в среднем составила $7,0 \pm 2,0$ дней.

По тяжести состояния инфузионную терапию получили все дети с ВБИ в течение $4,6 \pm 1,0$ дней, 35,6% больным применяли в лечении глюкокортикостероиды в течение 1-2-х дней. Большинство (89,8%) детей были выписаны из стационара с улучшением, а 10,2% с выздоровлением.

Выводы:

1. Острые кишечные инфекции занимают большой удельный вес (98,4%) в структуре внутрибольничных инфекций.

2. Внутрибольничные инфекции чаще

развиваются на 3-4 день пребывания в стационаре у детей до 1 года (72,9%), среди которых преобладают дети первых 6 месяцев (65,1%) жизни.

3. Внутрибольничная инфекция протекает преимущественно в тяжелой форме (91,5%). У каждого второго ребенка с внутрибольничной инфекцией отмечаются осложнения, среди которых преобладает пневмония с ДН.

4. Внедрение современных методов диагностики внутрибольничных инфекций, правильный забор и доставка материала для лабораторных исследований позволит своевременно диагностировать ВБИ и осуществить профилактические мероприятия.

Литература:

1. *Внутрибольничные инфекции. Под ред. Ричарда П. Венцеля: Медицина, 2004 – 840 с.*
2. *Осипова В.Л., Загретдинова З.М., Игнатова О.А. и др. Внутрибольничная инфекция. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 256 с.*
3. *Онищенко Г.Г. О состоянии заболеваемости внутрибольничными инфекционными болезнями // Стерилизация и внутрибольничные инфекции. — 2006. - № 1. — С. 5-7.*
4. *Профилактика внутрибольничного инфицирования медицинских работников. Практическое руководство. 2006, - 150 с.*
5. *Стасенко В.Л. Научные, методические и организационные основы профилактики внутрибольничных инфекций в стационарах для новорожденных детей (второй этап выхаживания) // Автореф. дис д.м.н. Омск, 2005.-С. 34.*
6. *Pediatric infectious diseases: principles and practice. Second ed. by B. Jenson., R. S. Baltimor.- Philadelphia, 2009.- P. 771-778.*
7. *Risk factors for infection following cesarean deliveries / N. Schneid-Kofman et al // Int/ J/ Gynaecol. Obstet. 2005. - Vol. 90. - № 1. - P. 10-15.*

АССОЦИАЦИЯ TRP64ARG ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА В₃-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ С АТЕРОГЕННОЙ ДИСЛИПИДЕМИЕЙ В ГРУППЕ ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ

Керимкулова А.С.¹, Лунегова О.С.², Неронова К.В.¹,
Бекташева Э.Э.¹, Миррахимов Э.М.¹

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

² Национальный Центр кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: изучение ассоциации Trp64Arg полиморфизма гена β 3-адренорецепторов (ADRB3) с компонентами липидного профиля в группе этнических кыргызов.

Ключевые слова: β_3 -адренорецепторы, Trp64Arg полиморфизм, липидный спектр, атерогенная дислипидемия.

КЫРГЫЗ ЭТНИКАЛЫК ТОПТОГУ В₃- АДРЕНОРЕЦЕПТОРЛОР ГЕНИНИН TRP64ARG ПОЛИМОРФИЗИМИ АТЕРОГЕНДҮҮ ДИСЛИПИДЕМИЯ МЕНЕН АССОЦИАЦИЯСЫ

Керимкулова А.С.¹, Лунегова О.С.², Неронова К.В.¹,
Бекташева Э.Э.¹, Миррахимов Э.М.¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Академик Миррахимов М.М атындагы улуттук кардиология жана терапия борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: этникалык кыргыздардын тобунда ADRB3 генинин Arg64 аллел ЖТЛП-ХС төмөнкү деңгээли менен байланыш.

Негизги сөздөр: β_3 -адренорецепторлор, Trp64Arg полиморфизми, липиддик спектри, атерогендүү дислипидемиясы.

ASSOCIATION OF TRP64AARG POLYMORPHISM OF B₃ ADRENOCEPTORS WITH LIPID PROFILE IN GROUP OF ETHNIC KYRGYZES

Kerimkulova A.S.¹, Lunegova O.S.², Neronova K.V.¹,
Bektsheva E.E.¹, Mirrakhimov E.M.¹

¹ I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

² National Centre of cardiology and internal medicine named after M. Mirrakhimov
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: in group of ethnic Kyrgyz the Arg64 allele of ADRB3 gene was associated with decreased HDL-cholesterol.

Key words: β -adrenoceptors, Trp64Arg polymorphism, lipid profile, atherogenic dyslipidemia.

Введение: В развитии атерогенной дислипидемии, наряду с другими сердечно-сосудистыми факторами риска, важную роль играют не только внешние, но и генетические причины [1]. Наступление эпохи современных технологий молекулярной биологии ускорило поиск специфических генов, контролирующих развитие кардиометаболических факторов риска. Так, некоторые гены кандидаты ассоциируются с потреблением энергии, распределением в организме жировых депозитов и метаболизмом

липидов [2]. Среди них заслуживает внимания ген β_3 -адренорецепторов (ADRB3), играющий важную роль в регуляции липолиза и теплообразования в жировой ткани [3,4].

В организме человека ADRB3, сконцентрированные в основном в висцеральной жировой ткани [5], регулируют липолиз и доставку свободных жирных кислот в портальную вену [6]. В отличие от β_1 - и β_2 -адренорецепторов ADRB3 относительно резистентны к десенсibilизации и способны поддерживать активацию в условиях

постоянной симпатической стимуляции [7]. Мутация в 64 кодоне гена *ADRB3* приводит к замене триптофана на аргинин (Trp64Arg) [8]. Указанный однонуклеотидный полиморфизм ассоциировался с ожирением и инсулинорезистентностью [9].

Исследования Trp64Arg полиморфизма гена *ADRB3* в различных этнических группах выявили его ассоциацию со сниженным потреблением энергии среди индейцев Пима [9], распространенностью ожирения у финнов [8], увеличением массы тела у французов [10], а также повышением индекса массы тела (ИМТ) у японцев [11,12]. Тем не менее, результаты указанных исследований противоречивы. Так, некоторые исследования не выявили ассоциацию Trp64Arg полиморфизма гена *ADRB3* с ожирением в других популяциях, включая чилийцев [13], мексиканцев [14], китайцев [15] и финнов [16]. Подобные неоднозначные результаты, вероятно, могут быть обусловлены этническими, расовыми, популяционными различиями, а также содержанием жировой ткани в организме, особенностями образа жизни, алиментарными факторами в исследованных выборках. В кыргызской популяции Trp64Arg полиморфизм гена *ADRB3* ранее не изучался.

Целью настоящей работы было изучение взаимосвязи Trp64Arg полиморфизма гена *ADRB3* с дислипидемией в группе этнических кыргызов.

Материал и методы: Обследованы этнические кыргызы старше 30 лет, жители Кыргызской Республики, не являющиеся родственниками и откликнувшиеся на объявление об исследовании. Обследование пациентов проводилось с мая по июль 2008г. Протокол исследования получил одобрение местного этического комитета Национального Центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения были состояния, способные повлиять на липидный профиль: проведенные менее чем за 1 месяц до исследования оперативные вмешательства, наличие тяжелых хронических заболеваний почек и печени, дисфункция щитовидной железы, хронический алкоголизм, прием кортикостероидных, гиполипидемических препаратов, инсулинотерапия при сахарном диабете (СД), а также беременность и/или лактация.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, антропометрию, измерение артериального давления (АД). Оценивались следующие антропометрические показатели: рост, вес, подсчитывался ИМТ (отношение веса (кг) к росту (м)²). АД измерялось стандартным сфигмоманометром в положении обследуемого сидя, после 10-минутного отдыха.

Забор крови осуществлялся утром натощак из локтевой вены, после 12ч периода голода. Лабораторные исследования включали анализ липидного спектра (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеины высокой (ЛВП-ХС) и низкой (ЛНП-ХС) плотности) и генотипирование по Trp64Arg полиморфизму гена *ADRB3*. Липидный спектр определялся на биохимическом автоанализаторе "Sinchron CX4-DELTA" фирмы "Beckman", США. ЛНП-ХС высчитывали по формуле Friedwald W. [17].

ДНК выделялась из клеток крови с использованием набора для экстракции геномной ДНК Nucleon BACC3 (Amersham Pharmacia Biotech, Швеция). Генотипирование T191C (Trp64Arg) полиморфизма гена *ADRB3* проводилось методом полиморфизма длин рестрикционных фрагментов (ПДРФ). Полимеразная цепная реакция (ПЦР) проводилась на амплификаторе "Hybaid" (HBPX 220, Великобритания) с использованием специфических праймеров (F – CGCCAATACCGCCAACAC и R – 3 CCACCAGGAGTCCCATCACC) с последующей рестрикцией полученных ПЦР продуктов ферментом BstOI (Promega, США). В результате рестрикции образовывались фрагменты: T191T 161 п.н.; T191C 161+99+62 п.н.; C191C 99+62 п.н., которые разделялись с помощью электрофореза в 3% агарозном геле. Сканирование геля и анализ полученных результатов осуществлялся на имидж-денситометре Fluor-S Multimager ("Bio-Rad", США).

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы *STATISTICA 6,0*. Различия между переменными с нормальным распределением устанавливались при помощи *t* критерия Стьюдента. Переменные с непараметрическим распределением сравнивались с помощью *U*-критерия Манна-Уитни. Наличие ассоциации между категориальными переменными оценивалось при помощи χ^2 теста. Данные представлены как среднее \pm стандартное отклонение для

переменных с нормальными распределением и медиана (25%;75%) – для переменных с непараметрическим распределением. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты: В исследование включили 213 пациентов (145 мужчин, 68 женщин) от 30 до 73 ($50,7 \pm 7,6$) лет. Была изучена встречаемость различных генотипов и аллелей Trp64Arg полиморфизма гена ADRB3. Частота аллели Arg64 составила в среднем 0,239 (или 0,269 и 0,176 у мужчин и женщин соответственно). Генотипы гена ADRB3 распределились следующим образом: 54,5% ($n=116$), 43,2% ($n=92$) и 2,3% ($n=5$) для гомозигот Trp64, гетерозигот Trp64Arg и гомозигот Arg64 соответственно. Распределение генотипов было согласно равновесию Харди-Вайнберга.

Общая характеристика включенных в исследование пациентов представлена в табл.1. В зависимости от выявленного генотипа все обследованные пациенты были распределены на 2 группы (табл.1): 1). - с генотипом Trp64Trp ($n=116$), 2). - с генотипами Trp64Arg и Arg64Arg ($n=97$; объединены в общую группу из-за малой ($n=5$) численности гомозигот Arg64Arg). Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту и курению. Однако во второй группе было больше мужчин (табл.1). При анализе показателей ИМТ в группах обнаружено, что пациенты с генотипами Trp64Arg и Arg64Arg, по сравнению с генотипом Trp64Trp, имели большие значения ИМТ, у них чаще встречалось ожирение ($p < 0,0001$). Хотя пациенты обеих групп существенно не различались по уровню АД, у носителей генотипов Trp64Arg и Arg64Arg чаще, чем у лиц с генотипом Trp64Trp выявлялась артериальная гипертензия (АГ) ($p=0,02$) (табл.1).

Сравнительный анализ результатов липидного спектра выявил более низкие значения ЛВП-ХС у носителей генотипов Trp64Arg и Arg64Arg по сравнению с генотипом Trp64Trp ($p=0,03$). По другим компонентам липидного спектра значимых изменений не обнаружено (табл.2).

С целью изучения ассоциации Trp64Arg полиморфизма гена ADRB3 с дислипидемией был проведен корреляционный анализ Trp64Arg и Arg64Arg генотипов с компонентами липидного спектра. Выявлена слабая отрицательная корреляционная связь Trp64Arg генотипа B_3AP с ЛВП-ХС (табл.3).

Обсуждение: По результатам настоящего

исследования выявлено, что в обследованной группе этнических кыргызов преобладают гомозиготный генотип Trp64Trp (54,5%) и аллель Trp64. Гомозиготный генотип Arg64Arg обнаружен лишь у 2,3% пациентов, в связи с чем генотипы с наличием Arg64 аллели (Trp64Arg и Arg64Arg) анализировались в составе единой группы ($n=97$).

Некоторые исследования указывают о взаимосвязи между Trp64Arg полиморфизмом гена ADRB3 и АГ [8,18]. По данным нашей работы также отмечалась большая встречаемость АГ среди лиц носителей Arg64 аллели ($p < 0,019$). Однако проведенный корреляционный анализ генотипов с САД и ДАД не выявил значимой корреляционной связи.

Результаты исследований ассоциации Trp64Arg полиморфизма гена ADRB3 с дислипидемией неоднородны и противоречивы. Так, при исследовании молодых датчан выявлена взаимосвязь данной мутации с гипертриглицеридемией и повышением ЛНП-ХС сыворотки крови [19]. В испанском исследовании Trp64Arg полиморфизм гена ADRB3 был достоверно связан с ТГ и ОХ сыворотки крови [18]. В то же время в исследованиях Nao et al. [20], Oksanen et al. [21] не обнаружено ассоциации генотипа ADRB3 с уровнями ТГ и ОХ сыворотки крови. В изученной нами группе этнических кыргызов у пациентов-носителей Trp64Arg полиморфизма гена ADRB3 выявлены более низкие значения ЛВП-ХС. Однако учитывая неоднородность групп по гендерному составу (большую численность мужчин в группе пациентов с Trp64Arg и Arg64Arg генотипами), нами был проведен корреляционный анализ с компонентами липидного спектра. Была обнаружена отрицательная корреляционная связь Trp64Arg генотипа с ЛВП-ХС ($r = -0,14$; $p < 0,049$). Со стороны других компонентов липидного спектра достоверных изменений не обнаружено. Вероятно, указанная мутация гена ADRB3 характеризуется различной пенетрантностью, а также зависит от этнической принадлежности, алиментарных факторов и уровня физической активности индивидуумов.

Таким образом, нами был изучен Trp64Arg полиморфизм гена ADRB3 в группе этнических кыргызов. Выявлена ассоциация генотипов Trp64Arg и Arg64Arg гена ADRB3 со сниженным уровнем ЛВП-ХС.

Таблица 1.

Общая характеристика обследованных пациентов в зависимости от генотипа

Параметры	Trp64Trp (n=116)	Trp64Arg + Arg64Arg (n=97)	p
Пол (мужской)	59%	78%	0,004
Возраст, годы	51,0 ± 7,9	50,4 ± 7,3	нд
Курение, %	24,7	25	нд
Ожирение, %	29	55,2	<0,0001
ИМТ, кг/м ²	27,7 ± 4,5	29,4 ± 4,9	0,008
АГ, %	32,7	48,5	0,02
САД, мм.ст.ст.	134 ± 23	136 ± 24	нд
ДАД, мм.рт.ст.	85 ± 14	87 ± 13	нд

Примечания: нд – не достоверно; САД – систолическое, ДАД – диастолическое АД.

Таблица 2.

Взаимосвязь с компонентами липидного спектра

Параметры (ммоль/л)	Trp64Trp (n=116)	Trp64Arg + Arg64Arg (n=97)	p
ОХ	5,14 ± 1,1	4,94 ± 0,9	0,14
ЛНП-ХС	3,2 ± 0,9	3,1 ± 0,8	0,29
ЛВП-ХС	1,12 ± 0,3	1,02 ± 0,3	0,03
ТГ*	1,36 (0,92; 2,1)	1,42 (1,08; 2,22)	0,45

* - данные представлены как медиана (25%;75%)

Таблица 3.

Корреляционный анализ Trp64Arg и Arg64Arg генотипов с компонентами липидного спектра

	n=213	
	R	p
ОХ	-0,06	0,4
ТГ	0,05	0,4
ЛНП-ХС	-0,05	0,5
ЛВП-ХС	-0,14	0,049

Примечания: R – коэффициент Спирмена.

Литература:

1. Bouchard C., Tremblay A., Despres J.P., et al. The response to long-term overfeeding in identical twins. *N Eng J Med.* 1990; 322: 1477-1482.

2. Carmelli D., Cardon L.R., Fabsitz R. Clustering of

hypertension, diabetes, and obesity in adult male twins: same genes or same environments. *Am J Hum Genet* 1994; 55:566-573.

3. Strosberg A.D. Association of β_3 -adrenoceptor polymorphism with obesity and diabetes: current status. *Trends Pharmac Sci* 1997; 18:449-454.

4. Ursino M.G., Vasina V., Raschi E., et al. The β_3 -adrenoceptor as a therapeutic target: current perspectives // *Pharmacol Res.* – 2009. – Vol. 59. – P.221–234.
5. Krief S., Strosberg A.D., Nyberg S., et al. Tissue distribution of β_3 -adrenoceptor receptor mRNA in man // *J. Clin. Invest.* - 1993. – Vol. 91. – P.344-349.
6. Lönnqvist F., Krief S., Strosberg A.D., et al. A pathogenic role of visceral fat β_3 -adrenoceptors in obesity // *J. Clin. Invest.* - 1995. - Vol. 95. - P.1109–1116.
7. Susulic V.S., Frederich R.C., Lawitts J., et al. Targeted disruption of the β_3 -adrenoceptor gene. *J Biol Chem* 1995;270: 29483-29492.
8. Widen E., Lehto M., Kanninen T., et al. Association of a polymorphism in the β_3 -adrenoceptor gene with features of the insulin resistance syndrome in Finns // *N. Engl. J. Med.* - 1995. - Vol. 333. - P.348-351.
9. Walston J., Silver K., Bogardus C., et al. Time of onset of non-insulin-dependent diabetes mellitus and genetic variation in the β_3 -adrenoceptor-gene // *N. Engl. J. Med.* - 1995. - Vol. 333. - P.343–7.
10. Clement K., Vaisse C., Manning B., et al. Genetic variation in the β_3 -adrenoceptor and an increased capacity to gain weight in patients with morbid obesity. *N Engl J Med* 1995; 333:352-4.
11. Fujisawa T., Ikegami H., Yamato E. et al. Association of Trp64Arg mutation of the β_3 -adrenoceptor with type 2 diabetes and body weight gain // *Diabetologia.*-1996.- Vol.39. - P.349-52.
12. Yoshida T., Sakane N., Umekawa T., et al. Mutation of β_3 -adrenoceptor gene and response to treatment of obesity. *Lancet* 1995; 346: 1433-1434.
13. Santos J.L., Perez-Bravo F., Martinez J.A., et al. No evidence for an association between genetic polymorphisms of β_2 - and β_3 -adrenoceptor genes with body mass index in Aymara natives from Chile. *Nutrition* 2002;18:255-258.
14. Hsueh W., Cole S., Shuldiner A., et al. Interactions between variants in the β_3 -adrenoceptor and peroxisome proliferator-activated receptor- γ_2 genes and obesity. *Diabetes Care* 2001; 24: 672-677.
15. Xinli W., Xiaomei T., Meihua P., Song L. Association of a mutation in the β_3 -adrenoceptor gene with obesity and response to dietary intervention in Chinese children. *Acta Paediatr* 2001;90: 1233-1237.
16. Ghosh S., Langefeld C.D., Ally D., et al. The W64R variant of the β_3 -adrenoceptor is not associated with type II diabetes or obesity in a large Finnish sample. *Diabetologia* 1999; 42: 238-244.
17. Friedewald W.T., Levy R.I., Fredrickson D.S. Estimation of the concentration of low density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge // *Clin. Chem.* - 1972. - Vol. 18. - P.499-502.
18. Tonolo G., Melis M.G., Secchi G., et al. Association of Trp64Arg β_3 -Adrenoceptor gene polymorphism with essential hypertension in the Sardinian population // *J. Hypertens.* - 1999. - Vol. 17. - P.33-38.
19. Kadowaki H., Yasuda K., Iwamoto K., et al. A mutation in the β_3 -adrenoceptor gene is associated with obesity and hyperinsulinemia in Japanese subjects // *Biochem. Biophys. Res. Commun.* - 1995. - Vol. 215. - P.555–560.
20. Hao K., Peng S., Xing H., et al. β_3 -Adrenoceptor receptor polymorphism and obesity-related phenotypes in hypertensive patients // *Obesity. Res.* - 2004. - Vol. 12. - P.1433–1434.
21. Oksanen L., Mustajoki P., Kaprio J., et al. Polymorphism of the β_3 -adrenoceptor gene in morbid obesity // *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*- 1996.- Vol. 20.- P.1055-61.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Колесниченко И. В., Чернецова Г. С.

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

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Залогом успешного лечения гидронефроза на современном этапе является использование современных методов диагностики и внедрения новых технологий, что порой остается неразрешимой проблемой для отдаленных районов. Точность дооперативной диагностики обструктивных уропатий позволяет не только выбрать оптимальный способ оперативного вмешательства, но и определить прогноз заболевания и трудовой реабилитации пациента.

Ключевые слова: гидронефроз, обструкция, уропатии.

ГИДРОНЕФРОЗУ БАР БЕЙТАПТАРДЫН ДАРМЫН АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛООНУН АКТУАЛДУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

Колесниченко И. В., Чернецова Г. С.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян Университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Гидронефрозду азыркы күндө ийгиликтүү даарылоонун шарты бул жаңы технологияларды киргизүү, алыскы райондордо болсо бул чечиле элек көйгөй. Операцияга чейинки дарт аныктоонун тактыгы – операциянын оптималдуу ыкмасын тандаганы жана ошондой эле оорулуунун реабилитациясын алдын ала билүүгө жардам берет.

Негизги сөздөр: гидронефроз, заара жылын тосуп калуу, уропатия.

ACTUAL QUESTIONS OF DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF PATIENTS WITH HYDRONEPHROSIS

Kolesnichenko I.W., Chernetsova G.S.

Kyrgyz- Russian Slavic University named by B.N. Eltzin

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The key to successful treatment of hydronephrosis currently is the use of modern diagnostic techniques and new technologies. It is often an unsolved problem in more remote regions. The accuracy of pre-operation diagnosis of obstructive uropathy not only helps in the selection of the best surgical method, but also to determine the prognosis and physical rehabilitation of the patient.

Keywords: hydronephrosis, obstruction, uropathy.

Введение: В структуре обструктивных уропатий гидронефроз занимает ведущее место. Частота его выявляемости составляет 1:500 — 1:800 новорожденных (4).

Во время проведения мониторинга пренатальной диагностики выявлено, что пороки развития мочевыделительной системы занимают 1-е место, при этом на гидронефроз приходится около половины всех выявленных аномалий развития почек (1, 2, 7).

Несмотря на внедрение современных высокотехнологичных методов исследования, используемых в диагностике гидронефроза, требуется их логически обоснованный выбор и определенная последовательность использования (5). Это позволит оценить характер структурно-функциональных изменений в почке и верхних мочевых путях на фоне обструкции с учетом

современных диагностических возможностей, а также даст возможность обосновать выбор вида хирургического и/или консервативного лечения.

Материал и методы: Клинический материал представлен 102 историями болезни пациентов различных возрастных групп (от 1 года до 45 лет) с гидронефрозом I - III стадии выраженности из всех областей и городов нашей республики.

Большинство больных являлись жителями города Бишкек и Чуйской области (66,6%). Используемые нами периоды данных временных промежутков соответствуют детскому развитию, активному учебному процессу и трудовому возрасту. Пациенты трудоспособного возраста (19 - 45 лет) составили 69,6%.

Максимальное количество больных поступало в урологический стационар с

Таблица 1.

Стадии гидронефроза у больных согласно возрасту.

Возраст	Стадии гидронефроза								
	I			II			III		
	Абс.	(%)	P±m	Абс.	(%)	P±m	Абс.	(%)	P±m
1-12 лет	-	-	-	12	17,4	11,8±3,2	1	5,0	4,9±2,1
13-18 лет	2	15,4	1,9±2,2	15	21,8	14,7±3,5	1	5,0	4,9±2,1
19 -45 лет	11	84,6	10,8±3,4	42	60,8	41,2±4,9	18	90,0	17,6±3,7
Всего	13	100,0	12,7±2,9	69	100,0	67,7±4,6	20	100,0	19,7±3,9

гидронефрозом II стадии, что составило 67,6% от общего числа госпитализированных (таблица 1).

Характер обструкции лоханочно-мочеточникового сегмента при гидронефрозе у обследуемых больных представлен на рисунке 1.

С момента появления первых жалоб и признаков заболевания в первые 6 месяцев диагноз гидронефроза установлен у 44 больных (43,1%), до 1 года – у 17 больных (16,6%), до 3х лет - у 17 больных (16,6%), свыше 5 лет - у 14 больных (13,7%). Необходимо отметить, что, несмотря на раннее появление признаков гидронефроза, детализация и уточнение диагноза в 30,3% случаев проведена позже 3-5-7 лет болезни, после неоднократных атак пиелонефрита и появления симптомов артериальной гипертензии.

Как видно из представленных выше таблиц, разноплановый характер причин, вызывающих гидронефроз, диктует необходимость углубленных исследований, дающих представление о структурно-функциональных изменениях ЛМС, что позволило бы четче

дать представление об объеме предстоящей операции и характере хирургической коррекции гидронефроза.

Результаты и обсуждение: Для оценки результатов исследований использована единая схема обследования до и после операций в катамнезе: первое проявление симптомов заболевания и первичная установка диагноза; длительность временного промежутка от момента установления диагноза заболевания до выполнения хирургической коррекции, наследственность заболевания; возраст больных на момент операции (ребенок-подросток-взрослый); клинико-лабораторные исследования; данные обзорной, экскреторных урограмм, ретроградной уретеропиелографии и антеградной пиелографии; данные цистоскопии и цистографии; результаты ультразвукового исследования, данные доплерографии; определение ренкортикального индекса.

Нами разработан и предложен алгоритм обследования пациентов с гидронефрозом при обнаружении обструкции верхних и нижних мочевыводящих путей.

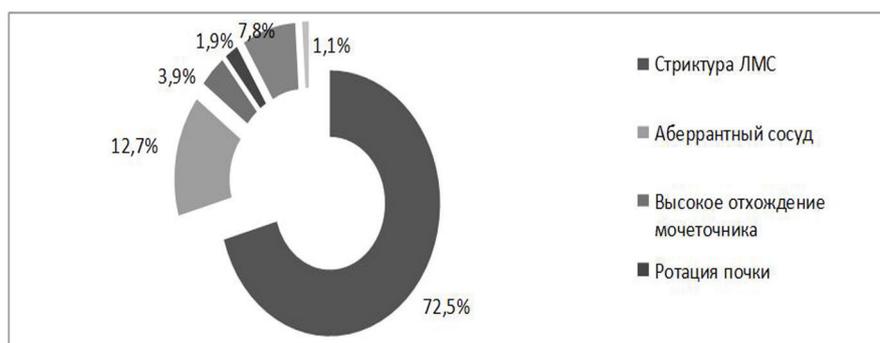


Рисунок 1. Характер обструкции ЛМС.

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ГИДРОНЕФРОЗОМ



Современное комплексное исследование позволяет установить диагноз гидронефроза у 90-95% пациентов. Однако в 5-10% случаев диагностика происходит интраоперационно, тогда же решается выбор оперативного подхода к месту обструкции. Значительная часть неудачных операций при гидронефрозе объясняется несовершенством визуальной оценки проходимости мочевых путей, неправильной оценкой причин заболевания (3, 6). Исходя из этого, основной метод хирургической коррекции гидронефроза должен зависеть от причин его вызвавших, от анатомо-функционального состояния почек и мочеточника, от стадии и длительности заболевания, от возраста пациента, от состояния иммунной системы организма.

Выводы: При выявлении гидронефротической трансформации необходимо осуществить комплексное обследование пациентов по предложенному алгоритму и вышеперечисленной схеме.

Необходимо проведение диспансеризации всех пациентов с гидронефрозом, учитывая нововведенный алгоритм обследования и лечения больных с обструкцией верхних и нижних мочевыводящих путей.

Полученные результаты исследования будут способствовать разработке новых научно-обоснованных методов лечения при гидронефрозе с целью повышения эффективности результатов лечения пациентов в различных возрастных группах.

Литература:

1. Аляев Ю.Г. Гидронефроз / Ю.Г.Аляев, В.А Григорян, Е.А.Султанова, А.В.Строков, Е.А. Безруков // Гэотар-мед. - М., 2002. - 40 с.

2. Казанская И.В. Актуальные проблемы детской урологии / И.В. Казанская // - Харьков, 2000. - С.35-39.

3. Карпенко В.С. Причины гидронефроза и выбор метода оперативного лечения / В.С. Карпенко // Урология. - М., 2002. - №3. - С. 43-46.

4. Пугачев А.Г. Гидронефроз у детей / А.Г.Пугачев, Ю.И.Кудрявцев, И.И. Ларионов, В.И. Кирпатовский // Материалы Девятого съезда урологов. - Курск, 1997.- С. 20-34.

5. Чернецова Г.С. Обструктивные уropатии / Г.С.Чернецова, А.Г.Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. - Б., 2005. - С. 11- 50.

6. Ческис, А. Л. Состояние и развитие почек после оперативного лечения гидронефроза у детей / Ческис А. Л., Севергина Э. С., Леонова Л. В. // Урология. - 2002. - №4. - С. 39-43.

7. Юдина Е.В. Основы пренатальной диагностики / Е.В.Юдина, М.В.Медведева. - М., 2002.

8. Sillen The voiding pattern in infants with dilating reflux / Sillen, A.L .Hell-strom, G.Holmdahl, E. Solsnes // BJU Int. - 1999. - Vol.83, №1. - P. 83-87.



ДНИ НАУКИ

КГМА им. И.К. Ахунбаева-2015

15-17 апреля

Бишкек, Кыргызская Республика

ПОКАЗАТЕЛИ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Кутманова А.З., Омуркулова Б.И.

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

Резюме: В статье показано, что у больных в острую фазу клещевого энцефалита выявляется дисбаланс провоспалительных цитокинов (ИФН- α , ИФН- γ , ИЛ-1, ИЛ-6), что способствует развитию иммунологических реакций, обуславливая тяжелое течение заболевания с преобладанием менингеальных форм. Полученные данные могут быть использованы для прогнозирования течения заболевания с целью своевременного проведения соответствующей терапии и предупреждения хронизации процесса.

Ключевые слова: клещевой энцефалит, иммунология, цитокины, интерлейкины.

КЕНЕ ЭНЦЕФАЛИТИНИН КУРЧ ТҮРҮНҮН СЕЗГЕНТҮҮЧҮЛҮК ЦИТОКИНДЕРДИН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Кутманова А.З., Омуркулова Б.И.

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

Корутунду: Сунуш кылынган статьяда кене энцефалитинин курч түрүнүндөгү сезгентүүчүлүк цитокиндердин (ИФН- α , ИФН- γ , ИЛ-1, ИЛ-6) дисбалансы белгиленгендиги көрсөтүлгөн, алар иммундук реакцияларына алып келип оорунун оор түрүн пайда кылып менингеалдуу формасы басымдуулук кылат. Көрсөтүлгөн натыйжаларга таянып оорунун оордугун алдын ала билүүгө жана өз убагында туура келүүчү дарылоону өткөрүүгө колдонсо болот.

Негизги сөздөр: кене энцефалити, иммунология, цитокиндер, интерлейкиндер.

PROINFLAMMATORY CYTOKINES INDEX IN ACUTE TICK-BORNE ENCEPHALITIS

Kutmanova A.Z., Omurkulova B.I.

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

Resume: The article shows the detection of proinflammatory cytokines (IFN- α , IFN- γ , IL-1, IL-6) disbalance of patients with acute tick-borne encephalitis, that causes immunological reactions development and severe illness with a predominance of meningeal forms. The obtained data can be used to predict the clinical course for the timely implementation of appropriate therapy and prevention of chronic process.

Key words: tick-borne encephalitis, immunology, cytokines, interleukins.

Принято считать, что вирус клещевого энцефалита (КЭ) оказывает прямое цитопатическое действие, вызывающее цитолиз и клиренс инфицированных клеток. В этих условиях отмечается активация клеток Т-эффекторной и фагоцитарной систем иммунитета, которые являются основными продуцентами цитокинов, регулирующих запуск, направление и реализацию противовирусного иммунного ответа [1; 2; 3]. Ключевыми активаторами неспецифических клеточных реакций иммунитета и регуляторами эффекторов в иммунном ответе служат продуцируемые моноцитами/макрофагами и лимфоцитами цитокины [4; 5]. Рядом исследователей выявлены значительные изменения системы цитокинов

при различных острых вирусных инфекциях, в том числе при КЭ [6; 7].

Согласно современным представлениям, дисбаланс цитокинового профиля при вирусных инфекциях, а также поляризация иммунного ответа по Th1- или Th2-пути имеют решающую роль в иммунопатогенезе персистентной вирусной инфекции. Ведущую роль в развитии ответа острой фазы играют следующие цитокины: интерлейкины (главным образом ИЛ-1 и ИЛ-6), интерфероны (ИФН) α -, β - и, особенно, γ -, фактор некроза опухолей α (ФНО α) и факторы как активизирующие, так и тормозящие деятельность макрофагов. Кроме того, ИЛ-1 и ИЛ-6 являются медиаторами нейровоспаления, которое вызывает серьезные

изменения в синаптической и нейрональной пластичности, вплоть до гибели клеток [8].

Целью настоящей работы явилась оценка состояния показателей провоспалительных цитокинов у больных острой формой КЭ для оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы

Изучение показателей провоспалительных цитокинов проведено у 37 больных острой формой КЭ (возраст $32 \pm 6,5$ года), госпитализированных в РКИБ в 2012-2013 годах. Диагноз КЭ устанавливали на основании эпидемиологических данных (присасывание или обнаружение ползающих клещей), ранних клинических признаках (острое начало, общеинтоксикационный синдром), верифицировали при помощи серологических реакций (РТГА и РСК со специфическим антигеном КЭ) и определением антител к вирусу КЭ методом иммуноферментного анализа с применением тест-системы ЗАО «Вектор-Бест». Определение концентрации цитокинов (пг/мл) (ИФН- α , ИФН- γ , ИЛ-1, ИЛ-6) в сыворотке проводили с помощью набора реагентов «ИФА - Вектор БЕСТ», разработанных в ЗАО «Вектор-БЕСТ» (Новосибирск). Забор крови для анализов проводили при поступлении больных в стационар. Контрольную группу (условно-здоровые доноры) составили 20 человек, отрицавших факт присасывания клеща. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием корреляционного анализа. Достоверность различий показателей определялась с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение

Среди клинических вариантов КЭ лихорадочная форма была диагностирована у 15 ($40,5 \pm 8,0\%$) больных, менингеальная – у 22 ($59,5 \pm 8,1\%$) больных, что имело достоверное различие ($p < 0,001$).

Определение концентрации цитокинов (ИФН- α , ИФН- γ , ИЛ-1, ИЛ-6) в сыворотке больных проводили на первой неделе госпитализации, т.е. в острую фазу заболевания на высоте клинических проявлений.

В ходе проведенного исследования выявлено, что при лихорадочной форме КЭ концентрация ИФН- α оказалась достоверно низкой по сравнению с контролем ($9,87 \pm 2,54$ пг/мл, при контроле $14,3 \pm 3,1$ пг/мл, $p < 0,01$), тогда как данный показатель у больных менингеальной формой ($13,95 \pm 1,94$ пг/мл) достоверных различий

с контролем не имел ($p > 0,05$). Нами установлено существенное снижение концентрации ИФН- α при лихорадочной форме в отличие от менингеальной ($p < 0,01$). Исследование концентрации провоспалительного цитокина – ИФН- γ , являющимся также иммунорегуляторным цитокином, у пациентов с манифестными формами КЭ был ниже в сравнении с группой контроля ($17,01 \pm 2,17$ пг/мл при контроле $22,3 \pm 3,1$ пг/мл, $p < 0,01$). Причем, у больных при лихорадочной и менингеальной формах не выявлено достоверных отличий данного показателя ($16,52 \pm 2,44$ и $17,49 \pm 1,89$ пг/мл, соответственно, $p > 0,05$).

В острой фазе заболевания КЭ у больных выявлено снижение содержания ИЛ-1 ($8,4 \pm 2,28$ пг/мл при контроле $25,3 \pm 4,1$ пг/мл, $p < 0,001$), более низкие показатели данного показателя оказались у больных лихорадочной формой по сравнению с менингеальной ($6,1 \pm 2,58$ пг/мл и $10,59 \pm 1,98$ пг/мл, соответственно, $p < 0,001$). И наоборот, высокие показатели ИЛ-6 в сыворотке крови обнаружены при выраженном общеинфекционном синдроме КЭ ($14,9 \pm 2,2$ пг/мл при контроле $3,3 \pm 1,1$ пг/мл, $p < 0,001$). Внутри исследуемых групп, т.е. в группах больных с лихорадочной и менингеальной формами достоверных отличий не выявлено ($13,95 \pm 2,48$ и $15,85 \pm 1,92$ пг/мл, соответственно, $p > 0,05$).

Проведенные нами исследования цитокинового профиля пациентов с манифестными формами КЭ выявило различный уровень продукции цитокинов в острый период заболевания.

В современной литературе приводятся многочисленные результаты исследований системы интерферонов при вирусных заболеваниях. Их продукция определяет неспецифическую иммунорезистентность организма человека, направленную против вирусов. Эти иммуоцитокнины подавляют ранние события репликационного цикла вируса: вызывают стереохимические изменения клеточных рецепторов вирусов и тем самым нарушают их взаимодействие с вирусными частицами. В итоге под действием интерферонов отменяются процесс вирусной адсорбции на клеточных рецепторах и последующая внутриклеточная репликация вирусов. Кроме того, интерфероны вызывают активацию макрофагов, без чего фагоцитоз вирусов малоэффективен, носит незавершенный характер, не заканчивается

разрушением вирусных нуклеиновых кислот и тем самым приводит к длительной персистенции вирусов в организме [9].

Таким образом, обнаружение у пациентов КЭ в первую неделю заболевания дисбаланс продукции провоспалительных цитокинов, проявляющееся снижением уровней ИФН- α , ИФН- γ , ИЛ-1 и увеличением уровня ИЛ-6 приобретают патогенную направленность иммунной системы, обуславливая тяжелое течение заболевания с преобладанием менингеальных форм. В то же время, ИЛ-6 являясь по своим эффектам типичным провоспалительным цитокином, оказывает противовоспалительное действие, вызывая подавление продукции ИЛ-1 имеющее благоприятное прогностическое значение. Полученные нами результаты по одновременному угнетению ИФН- α и ИФН- γ свидетельствует о дефекте систем интерферонов и являются показанием для проведения интерферонстимулирующей терапии. Выявленные изменения показателей провоспалительных цитокинов в острую фазу КЭ могут быть использованы для прогнозирования течения заболевания с целью своевременного проведения соответствующей терапии и предупреждения хронизации процесса.

Литература:

1. Маянский А.Н., Бурков А.Н. и др. Персистенция вирусов: иммунологические и патогенетические аспекты. //Клин.медицина.- 1998.-№12.-С.19-25.
2. Пирогова Н.П., Новицкий В.В. Фагоцитарные функции крови у больных острым клещевым энцефалитом. //Бюл.эскпер.биол.-2003. №1.-С.83-85.
3. Ратникова Л.И. Современное представление о патогенезе клещевого энцефалита. //Журн.микробиол. эпидемиол. и иммунобиол.- 2002.-№5.-С.41-46.
4. Бажан С.И. Молекулярно-генетические аспекты индукции и противовирусного действия интерферона. //Вестн.РАМН.-1998.-№8.-С.18-24.
5. Насырова Р.Ф., Рязанцева Н.В., Жукова Н.Г. и др. Молекулярные и клеточные основы патогенеза клещевого энцефалита.//Бюл. сибирской медицины. – 2006, Приложение 1.-С.42-51.
6. Рязанцева Н.В., Новицкий В.В., Зима А.П. и др. Нарушения продукции цитокинов мононуклеарами периферической крови при персистенции вируса клещевого энцефалита.//Журн.неврологии и психиатрии.-2006.-№12.-С.57-62.
7. Крылова Н.В., Леонова Г.Н., Павленко Е.В. Особенности цитокинового профиля на ранних стадиях инфицирования вирусом клещевого энцефалита у вакцинированных и невакцинированных людей.// Тихоокеанский медицинский журнал.-2012.- № 4.-С.78-81.
8. Парахонский А.П. Провоспалительные цитокины в нейроиммунных взаимодействиях. //Современные наукоемкие технологии.-2013.-№1.- С.117-118.
9. Рязанцева Н.В., Новицкий В.В., Зима А.П. и др. Нарушения продукции цитокинов мононуклеарами периферической крови при персистенции вируса клещевого энцефалита. //Журн.неврологии и психиатрии. – 2006.-№12.-С. 57-62.

АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЕВ, СЛУЖИВШИХ ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ (АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ)

Мукашев М.Ш., Красиков М.С.

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

Резюме: В статье отражены результаты анализа обоснованности постановки диагноза «Алкогольная кардиомиопатия».

Ключевые слова: алкогольная кардиомиопатия, диагноз, морфологические.

АЛКОГОЛДУК ООРУЛАРДЫ (АЛКОГОЛДУК КАРДИОМИОПАТИЯНЫ) ДИАГНОЗДОДО СОТТУК- МЕДИЦИНАЛЫК АНЫКТООНУН ЧЕНДЕРИ

Мукашев М.Ш., Красиков М.С.

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

Корутунду: Макалада «Алкоголдук кардиомиопатия» диагнозун коюунун негизделгендиги боюнча анализдин жыйынтыктары көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: Алкоголдук кардиомиопатия, диагноз, морфология.

MEDICO-LEGAL STANDARDS OF ALCOHOLIC DISEASE DIAGNOSTICS (ALCOHOLIC CARDIOMYOPATHY)

Mukashev M.Sh., Krasinkov M.S.

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

Resume: The article shows the results of justification analysis of «Alcoholic cardiomyopathy» diagnosis establishing.

Key words: alcoholic cardiomyopathy, diagnosis, morphologic.

Не вызывает сомнения актуальность медицинской и социальной проблемы употребления алкоголя [1], часто приводящих к хронической алкоголизации.

В судебно-медицинской практике диагноз хронической алкогольной интоксикации (ХАИ) как причина смерти практически не встречается, хотя она включена в МКБ-10 (Т51, Т51.0). Для судебно-медицинских экспертов наиболее типичен диагноз «алкогольная кардиомиопатия» (АКМП), обозначенная в МКБ-10 под рубрикой I 42.6.

Кардиомиопатия может иметь острое, подострое, а чаще хроническое течение, что связано с развивающимися изменениями в сердечной мышце, часто сочетается с поражением эндокарда, а иногда и перикарда, не атеросклеротического генеза. Такое определение принято экспертами ВОЗ как основополагающее в 1984 г. [3]

В судебно-медицинской практике встречается ряд причин смерти, требующих дифференциальной диагностики, что связано

с непостоянством и неспецифичностью всех морфологических и прочих признаков этих причин и отсутствия иного подхода, кроме комплексной их оценки. [4]

К сожалению, нередко при постановке диагноза «алкогольная кардиомиопатия» и «алкогольная интоксикация» в основу диагностики используется один и тот же набор признаков, составляющих «комплекс» признаков.

При хронической алкогольной интоксикации различают несколько вариантов танатогенеза.

По данным автора, в 46,6% из 90 исследованных случаев хронической алкогольной интоксикации был верифицирован сердечный тип танатогенеза. Танатогенез при ХАИ сопровождается длительной декомпенсацией, реже внезапным, чаще аритмогенным типом смерти от фибрилляции желудочков, инфаркта. [5]

Легочный тип танатогенеза более характерен для сочетанной интоксикации

(этанолом и его суррогатами). Воспалительные процессы в легких в 3,3% стали причиной смерти при хронической алкогольной интоксикации. При сочетанной интоксикации легочной тип танатогенеза сочетался с поражением структур головного мозга и судебно-медицинскими экспертами изменения в головном мозге чаще расценивались как фоновые или сопутствующие и обозначались как алкогольная энцефалопатия (G31.2). При таком сочетании танатогенез легочно-мозговой.

Печеночный танатогенез был установлен в 10,4% случаев ХАИ. При этом алкогольный цирроз характеризовался монолобулярным, микронодулярным поражением гепатоцитов. Нарастающая гибель гепатоцитов приводит к печеночной коме с ДВС-синдромом, септическим осложнением и печеночно-клеточной недостаточностью (активный алкогольный гепатит).

Не исключается и поджелудочный тип танатогенеза, хотя летальные исходы от поражения данной железы довольно редки по сравнению с другими.

А.Л. Павлов (2013) утверждает, что при всех формах алкогольной интоксикации поражаются почти все внутренние органы. В первую очередь те, которые в какой-то степени имеют функциональную несостоятельность. При хронической алкогольной интоксикации чаще всего поражается сердце и в танатогенезе преобладает сердечный тип в виде алкогольной кардиомиопатии. Несколько реже возникают и острые поражения в виде инфарктов, острой сердечной недостаточности, острой коронарной недостаточности.

В настоящее время кардиомиопатией называют только первичные поражения миокарда, ассоциированные с нарушением функции сердца и не являющиеся следствием заболеваний коронарных артерий, клапанного аппарата, перикарда, системной и легочной гипертензии и воспалительного поражения сердечной мышцы (критерии J Coodwin). [6]

Частота выставляемых диагнозов «алкогольной кардиомиопатии» практически судебно-медицинскими экспертами свидетельствует о несложности диагностики этой патологии. Однако, по мнению В.В. Хохлова (2010), недостаточно учитываются выраженность морфологических изменений и, что особенно важно, наступление смерти в трезвом состоянии.

Иное положение в случаях, когда смерть наступает в состоянии алкогольного опьянения, особенно при уровне алкоголемии 3,0‰ и более. В таком случае судебно-медицинский эксперт, несмотря на выявление им морфологических признаков алкогольной кардиомиопатии, должен решать и вопрос о том, наступила ли смерть от алкогольной кардиомиопатии или от острого отравления алкоголем.

В настоящее же время доказательных дифференциально-диагностических критериев на уровне морфологических методов не предложено. В связи с чем диагноз «алкогольная кардиомиопатия» ставится экспертом на основе различных, не патогномичных признаков и даже без выяснения алкогольного анамнеза (стаж употребления алкоголя, количество, частота и т.д.).

С целью выявления комплекса морфологических признаков, на которых строился диагноз «алкогольной кардиомиопатии» и обоснованности данного диагноза, проведен анализ актов и заключений судмедэкспертов Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз МЗ КР за 2012 год.

За анализируемый год диагноз «Алкогольная кардиомиопатия» экспертами ставился в 204 случаях из 1621 случая проведенных экспертных исследований трупов, что составило 12,6%. Нами проанализирован 116 случаев аутопсий с диагнозом «Алкогольная кардиомиопатия». При этом определенный интерес представлял ряд морфологических изменений, которые в большинстве случаев алкогольного воздействия на организм встречаются и служат обоснованием диагноза. К ним мы отнесли: алкогольный анамнез (длительность и частота употребления); наличие (отсутствие) алкоголя в крови, моче трупа; темп наступления смерти; состояние коронарных артерий; вес сердца; цвет миокарда, дряблость миокарда, расширение полостей, обложенность эпикарда жировой тканью; жировой гепатоз и степень атеросклеротических изменений.

Анализ показал, что смертность мужского населения от алкогольной кардиомиопатии значительно превышает показатели смертности женщин от данной патологии и составили 160 и 44 случая соответственно.

По возрасту наибольшее количество умерших приходится на возраст от 31 до 69 лет и составил 179 случаев, в то же время диагноз

Таблица №1.

Возраст	22-30	31-49	50-59	60-69	70-80	70 и выше	По полу:	
Количество случаев	7	71	78	30	12	3	М 160	Ж 44

Таблица №2.

Месяцы	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Количество случаев	27	19	19	17	10	16	17	17	15	13	14	20

«алкогольной кардиомиопатии» выставлялся и в возрасте от 22 до 30 лет (7 случаев) и свыше 70 лет (15 случаев)(таб 1).

По месяцам материал распределен следующим образом (таб 2):

Из таблицы 2 следует, что наибольшее количество случаев смерти от «Алкогольной кардиомиопатии» наблюдается в зимний период времени года.

К сожалению, установлено, что сбор алкогольного анамнеза умершего экспертом пренебрегается и только в 10 случаях из 204 имеются сведения о длительности употребления алкоголя, а характер смерти (темп умирания) известно только в 45 случаях, а в постановлениях о назначении судмедэкспертизы обстоятельства дела практически не указываются, что свидетельствует об отсутствии тесного контакта следователя и судебно-медицинского эксперта (специалиста) при осмотре трупа на месте его обнаружения.

Судебно-медицинским исследованием крови и мочи трупов в 57 (51,2%) случаях из 116 алкоголь не обнаружен. В 13 (11,2%) случаях выявлен алкоголь в крови в концентрации 0,5‰; в 25 (21,6%) случаях – от 0,6‰ до 1,5‰; в 10 (8,1%) случаях от 1,6‰ до 3,0‰; в 7 (6%) случаях – от 3,1‰ до 4,5‰. Указанные концентрации алкоголя в крови указывают на алкогольное опьянение умерших в момент смерти от легкого до тяжелого алкогольного опьянения. И в моче алкоголь в концентрации от 0,4‰ до 5,35‰ обнаружен в 30 случаях, что свидетельствует о наличии следов алкоголя в моче и очень высокой концентрации, указывающих на превалирование стадии элиминации к моменту наступления смерти, что обычно бывает при остром отравлении алкоголем. В 4 случаях алкоголь обнаружен только в моче в концентрации от 0,57 до 1,15%.

Атеросклеротические изменения в коронарных сосудах обнаружены в 12 (1,3%)

случаях.

Кардиальные изменения выражались в различной степени гипертрофии миокарда левого желудочка, дряблости миокарда и изменении цвета миокарда в виде «вареного мяса», а также расширении полостей сердца, обложенности эпикарда жиром и внекардиальный признак – жировой гепатоз.

Следует заметить, что экспертом при толщине левого желудочка от 1,3см до 2,0см отмечается во первых, как утолщение стенок левого желудочка и расширение полостей, в то время как толщина стенки левого желудочка в пределах 1,3см, 1,4см практически явление нормальное. При толщине левого желудочка 1,8-2,0см речь, скорее, может идти не об алкогольной кардиомиопатии, а о других формах кардиомиопатий.

Вес сердца и морфологическое состояние миокарда играет важнейшую роль в диагностике алкогольной кардиомиопатии. В анализируемом материале вес сердца в 66 случаях колебался в пределах 370,0-400,0 граммов, в 46 случаях – в пределах 401,0-500,0 граммов и более 500,0 в 4 случаях. По данным литературы, при алкогольной кардиомиопатии в среднем вес сердца бывает 400,0-450,0. Если более, то речь скорее может идти о хронической ишемической болезни сердца, тем более, если это сочетается с коронарной патологией и атеросклерозом аорты.

Дряблость мышц миокарда экспертами отмечена в 111 случаях из 116 случаев, а цвет миокарда в виде «вареного мяса» - в 112 случаях. Жировой гепатоз не обнаружен только в 3-х случаях, а обложенность эпикарда жиром отмечена в 57 случаях из 116 случаев «алкогольной кардиомиопатии».

При этом особо следует указать на то, что изменения в миокарде, печени описаны лишь на визуальном исследовании без микроскопического исследования кусочков сердца, печени и других органов. Только в 3-х случаях имеются результаты

судебно-гистологического исследования.

Таким образом, анализ случаев аутопсий с диагнозом «Алкогольная кардиомиопатия» показал:

1. Диагноз «алкогольной кардиомиопатии», в основном обосновывался на наличии дряблости и цвета «вареного мяса» миокарда;

2. Ошибочная оценка результатов судебно-химического исследования крови и мочи на алкоголь, а также «вытягивание» морфологических признаков к диагнозу «Алкогольная кардиомиопатия»;

3. Отсутствие дифференциальной диагностики причин смерти при наличии коронаросклероза, атеросклероза и алкоголемии свыше 3,0‰, что приводит к гипердиагностике «алкогольной кардиомиопатии».

Литература:

1. Зими́на Л.А., Зайцев А.П., Исаев Ю.С. Влияние употребления алкоголя на смертность в г. Иркутске. *Вестник судебной медицины*, №1, Том 2, 2013 г. С.12-14.

2. *Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ-10)*. г. Бишкек, 2002 г.

3. Новоселов В.П., Савченко С.В., Грицингер В.А.,

Порвин А.Н. Неблюдение скоропостижной смерти ребенка в результате кардиомиопатии на фоне патологического отхождения левой коронарной артерии. *Вестник судебной медицины*, Новосибирск. №1, Том 2, 2013 - С.50-52.

4. Орловская А.В., Перепелкин А.В., Богомолов И.Н., Саперовская В.Е. Модель процесса диагностики с позиций системного подхода. *Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 года. Том 1. Под общей редакцией д.м.н. А.В. Ковалева. М., 2013. С.273-275.*

5. Павлов А.Л. Танатогенез при осложнениях различных форм алкогольной болезни. *Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 года. Том 1. Под общей редакцией д.м.н. А.В. Ковалева. М., 2013. С.283-286.*

6. Сашин А.В., Швальб А.П. Проблемы статистического учета алкогольной кардиомиопатии. *Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 года. Том 1. Под общей редакцией д.м.н. А.В. Ковалева. М., 2013. С.295-296*

7. Хохлов В.В. *Руководство. Судебная медицина. Издание третье (переработанное и дополненное)* г. Смоленск, 2010 г.

ТЕСТ НА ЦИФРОВУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ В ВЫЯВЛЕНИИ СИНДРОМА ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Нуржанов Ж., Бакытбек к. Айжамал, Аптокурова Р.М.,
Молдобаева М.С., Жалилова Б.С.

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

Резюме. С целью выявления у больных циррозом печени (ЦП) синдрома печеночной энцефалопатии (ПЭ) с помощью «теста на цифровую последовательность» исследованы 25 больных.

Установлено, что латентная энцефалопатия встречается у 12% и печеночная энцефалопатия I, I-II стадии - у 24%, II стадии - у 44%, II-III - 12% и III стадии - у 4% обследованных. Применение «Теста на цифровую последовательность» является дополнительным и достоверным (до 80%) методом выявления синдрома ПЭ у больных ЦП, не сложен в исполнении и рекомендуется стандартами.

Ключевые слова: цирроз печени, печеночная энцефалопатия, тест на цифровую последовательность.

БООР ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ СИНДРОМУН АНЫКТООДОГУ САНДАРДЫН ЫРААТТУУЛУГУ БОЮНЧА ТЕСТИ

Нуржанов Ж., Бакытбек к. Айжамал, Аптокурова Р. М.,
Молдобаева М.С., Жалилова Б.С.

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

Корутунду. Сандардын ырааттуулугу боюнча тестин колдонуу аркылуу боор циррозу (БЦ) менен ооруган бейтаптардын боор энцефалопатия (БЭ) синдромун аныктоо максатында 25 оорулуу изилдөөдөн өткөн.

Бейтаптарды изилдөөдө, латенттик энцефалопатия- 12% I, I-II даражадагы боордук энцефалопатия - 24%, II- 44%, II-III - 12% жана III даражадагы боордук энцефалопатия - 4%ды түзгөндүгү аныкталды. БЦ менен ооругандардын БЭ синдромун аныктоо үчүн сандардын ырааттуулугу боюнча тестинин колдонулушу аткарууда оңой, стандарттарга ылайык, 80% чейин анык болгон, кошумча ыкмасы катары эсептелет.

Негизги сөздөр: боор циррозу, боор энцефалопатиясы, сандардын ырааттуулугу боюнча тести.

THE TEST ON DIGITAL SEQUENCE IN REVEALING THE SYNDROME OF LIVER ENCEPHALOPATHY

Nurzhanov Zh., Bakytbek k. Ayzhamal, Attokurova R. M.,
Moldobaeva M.S, Jalilova B.S.

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

Resume: With the purpose of revealing in patient with liver cirrhosis (LC) the syndrome of liver encephalopathy (LE) with the help of “Test on digital sequence” 25 patient were examined.

It was determined that latent encephalopathy occur in 12% and liver encephalopathy I, I-II degree in 24%, II- of 44%, II-III in 12%, and III degree in 4% of examined patients. The usage of “Test on digital sequence” is additional and reliable (before 80%) method of revealing the syndrome LE of patient with LC, is not complex and is recommended by the standard.

Key words: liver cirrhosis, liver encephalopathy, test on digital sequence.

Введение. Циррозпечени-многофакторное прогрессирующее заболевание печени с развитием в последующем синдрома печёночной недостаточности ведущего к летальности [1,2,3]. В Кыргызской Республике даже за последние 2 года отмечается рост показателя заболеваемости ЦП: от 44,0 на 100 000 населения в 2010 году и 47,6 в 2011 году. ПЭ является основным осложнением и причиной смерти у больных ЦП [9]. Печеночная энцефалопатия - обратимое повреждение головного мозга токсическими продуктами, которые не обезвреживаются

печенью. Для ПЭ характерны различные нарушения сознания, интеллекта, поведения, нервно-мышечные расстройства. Важно выявление ПЭ на ранних, латентной стадии, когда она еще не заметна для пациента и окружающих и обратима полностью, т.е. еще до развития комы [5,6,7,8]. ПЭ имеет следующие стадии печеночной энцефалопатии: латентная - субклиническая форма, обнаруживается только при помощи психометрических тестов, ухудшение умственной деятельности и утрата тонких моторных навыков, I стадия -

легкие изменения личности, нарушение сна, снижено внимания, легкая атаксия и тремор, II-летаргия, апатия, нарушение ориентации во времени, гиперреактивные рефлексы, монотонная речь, III- сонливость, спутанность сознания, бессвязная речь, печеночный запах, гипо- или гиперрефлексия, «хлопающий» тремор, судороги, ригидность мышц, IV- кома, выраженный печеночный запах, признаки увеличения внутричерепного давления.

Целью нашего исследования было применение и оценка теста на цифровую последовательность в выявлении синдрома печеночной энцефалопатии.

Материалы и методы

Объектом исследования явились 25 больных ЦП, находящихся на стационарном лечении в Национальном госпитале МЗ КР в отделении гастроэнтерологии, средний возраст составил $48,4 \pm 1,9$ лет, из них 10 мужчин и 15 женщин, 13 городских жителей и 12 жителей сельской местности. Длительность заболевания ЦП составила от 1 до 16 лет, из них впервые выявлено у 7 больных. Диагноз ЦП был подтвержден общеклиническим обследованием (расспрос: жалобы, анамнез болезни и жизни; осмотр; пальпация; перкуссия; аускультация) и лабораторным исследованием крови с выявлением синдрома цитолиза, мезенхимального воспаления, печеночной недостаточности и гипербилирубинемии, маркеров вирусных гепатитов, а также УЗИ исследованием органов брюшной полости [10], ЭГД-скопией. Для выявления стадий ПЭ применялся «тест на цифровую последовательность» (тесты на быстроту познавательной реакции). При выполнении теста связи чисел пациент соединяет линией цифры от 1 до 25, напечатанные вразброс на листе бумаги. Оценкой теста является время, затраченное пациентом на его выполнение, включая время необходимое для исправления ошибок. Если тест заполнен менее 40 секунд тогда, у пациента нет энцефалопатии, а если при выполнении теста пациент затратит 40-60 секунд - латентная энцефалопатия, 61-90 секунд-I, I-II стадии энцефалопатии, 91-120 секунд- II стадия, 121-150 секунд - II-III стадия, соответственно, если при связывании чисел пациент затрачивает более 150 секунд тогда устанавливается III стадия ПЭ.

Результаты исследования

Нами общеклиническими методами

исследовании выявлено, что из 25 больных у 20 больных имеется асцит, у 17 больных сопровождается гепатомегалией и у 13 спленомегалией, синдром желтухи у 16. У 13(52%) больных ЦП в этиологии выявлены маркеры вирусных гепатитов (из них маркеры вирусных гепатитов: HBV – у 7(28%) больных, HCV – у 4(16%) – больных, HDV- 2(8%) больных с ЦП). Выявлена алкогольная этиология ЦП у 7(28%), у мужчин [4,5], 20% больных ЦП имеют другие причины (вторичный билиарный, застойный цирроз, аутоиммунные поражения печени.

Увеличены размеры печени по Курлову (правая среднеключичная линия- 14 ± 2 см; срединная линия- 12 ± 2 см; по левому краю реберной дуги- 11 ± 2 см) у 13 пациентов (52%), уменьшены размеры печени (правая среднеключичная линия- $7,5 \pm 0,5$ см; срединная линия- $6,5 \pm 0,5$ см; по левому краю реберной дуги- $5,5 \pm 0,5$ см у 7 пациентов (28%), у 5(20%) пациентов размеры печени были без существенных изменений. Пальпаторно печень у 52% у шероховатой поверхностью, с заостренным или тупым краем, уплотненная. Лабораторные исследования подтвердили синдром цитолиза, синдром мезенхимального воспаления, симптом печеночной недостаточности, синдрома гипербилирубинемии, анемию, лейкопению тромбоцитопению и др.

Диспепсические расстройства у 8(32%) больных в виде рвоты, у 11(44%)- в виде тошноты, у 10(40%)- в виде отрыжки, у 18(72%)- в виде вздутия живота и изменения стула были у 15(60%) пациентов с ЦП [9], т.е. диспепсические расстройства, в основном, проявляются в виде вздутия живота и изменении стула (см.рис.1).

Портальная гипертензия способствует возникновению портокавальных анастомозов и их варикозному расширению, и включительно к этому гипопропротеинемия обуславливают проявления у больных с ЦП геморрагического синдрома. Геморрагический синдром выявлен с помощью ЭГД-скопии и расспроса, где выявлено, что у 3(12%) – желудочные кровотечения и кишечные кровотечения (в виде мелены) выявлены у 3(12%) пациентов с ЦП (см.рис.2).

При оценке стадии ПЭ тестом на цифровую последовательность выявлено, что время выполнения теста на цифровую последовательность у 12% больных составило от 40- до 60 секунд, который соответствует

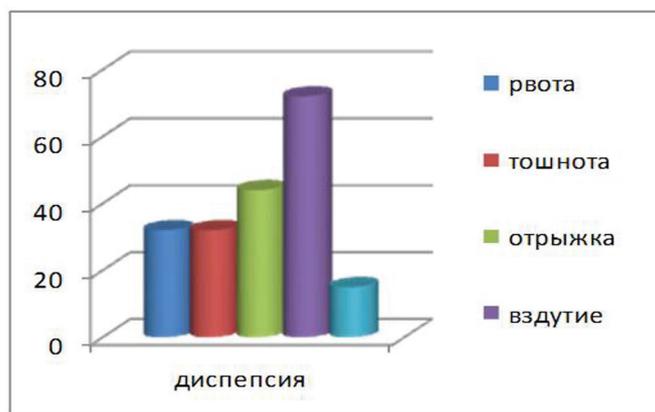


Рис.1. Проявления диспепсии у больных ЦП

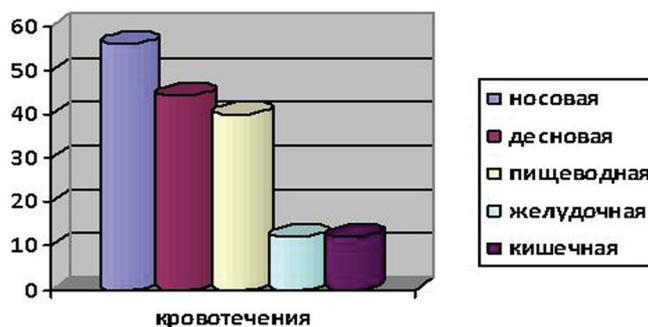


Рис. 2. Источники кровотечений у больных с ЦП



Рис.3. Распределения стадий печеночной энцефалопатии по времени выполнения теста на цифровую последовательность

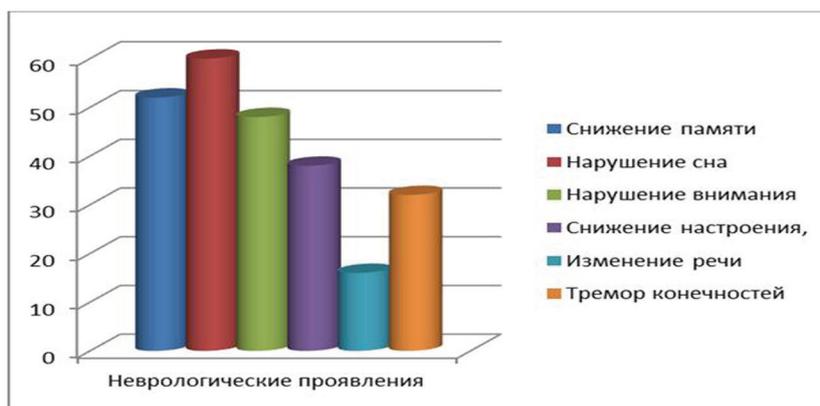


Рис.4. Выраженность неврологических симптомов при печеночной энцефалопатии

латентной стадии ПЭ, у 24% за 61- 90 сек, что соответствует I, I- II стадии ПЭ, у 44% больных выполнение теста выявлено за 91-120 секунд, что соответствует II стадии, у 12% больных тест выполнен за 121- 150 сек (II-III стадии) и у 4 % больных выполнен за время более 150 сек, что соответствует III стадии ПЭ. Полученные нами данные представлены на рисунке №3. Все больные ЦП имеют проявления ПЭ, из них 12% латентную стадию, на которой редко обращает внимание врачи, большая часть больных ЦП (68%) имеют I, I-II и II стадии ПЭ.

При ПЭ нарушается ритм сна: появляется сонливость днем и бессонница ночью, присоединяется дезориентация во времени и пространстве, спутанность сознания[7]. Из неврологических симптоматик у больных ЦП были обнаружены, что у 52% больных происходит снижение памяти, у 60%—нарушения сна, у 48% нарушение внимания, у 38% больных настроение снижено, изменения речи у 16%, а также больные с тремором конечностей выявлены у 32%. На рисунке №4 приводим выраженность неврологической симптоматики ПЭ у больных ЦП, которая чаще встречается в виде нарушении сна (60%) и снижением памяти (52%) и внимание(48%).

Заключение

Таким образом, стадии ПЭ, установленные с помощью «теста на цифровую последовательность», совпадают с проявлением тяжести клинических и лабораторно-инструментальных проявлений. Установлено, что латентная энцефалопатия встречается у 12% и ПЭ I, I-II стадии - у 24%, II стадии - у 44%, II-III - 12% и III стадии - у 4% обследованных. Из причин ЦП преимущественно выявлены вирусы гепатита, далее, прием алкоголя. Характерными клиническими синдромами при ЦП являются: синдром ПЭ, портальной гипертензии, геморрагический, диспепсический и неврологический синдромы. «Тест на цифровую последовательность» является информативным, доступным, легко выполняемым и экономически выгодным тестом для оценки тяжести ЦП, который определяет выраженность нарушения детоксикационной функции печени.

Литература:

1. Цирроз печени. Эпидемиология - Этиология - Патогенез - Клиника // [wikipedia.org/wiki/ ru](http://wikipedia.org/wiki/ru).
2. Садовникова И. И. Циррозы печени. Вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, лечения // РМЖ. - 2003.- Т. 5. - № 2.- С.19-21.
- 3 Яковенко А.В., Яковенко Э.П. Цирроз печени: вопросы терапии // *Consilium medicum*. - 2006. - Т. 8. –С. 17-21.
4. Цирроз печени, симптомы и лечение. // www.blackpantera.ru. – Москва, 2012.
5. Цирроз печени // www.hippocrate.narod.ru/tch/cirroz.htm. Санкт-Петербург, 2010.
- 6.Печеночная энцефалопатия: описание, симптомы, причины // www.zdorovieinfo.ru. - Москва, 2011.
7. Печеночная энцефалопатия // www.solvay-pharma.ru – Москва, 2009.
8. Кривошеев А.Б., КривошееваТ.А., Купрянова Л.Я., Хван Л.А. Состояния порфиринового обмена при циррозах печени // *Тер арх*. 2013. Т. 85. С. 48-54.
9. ЯковенкоЭ.П.,КаграмановаА.В., Яковенко А.В. Нарушение состава конечной микрофлоры в механизмах формирования функциональных расстройств кишечника у больных с циррозом печени // *Тер арх*.- 2012.- Т. 83.- С. 41-45.
10. Винницкая Е.В, Лазебник Л.Б., Осипов Г.А. Спонтанный бактериальный перитонит и системная воспалительная реакция у больных циррозом печени // *Тер арх*.- 2011.- Т. 83.-С. 47-51.

ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПРИ ДИФФУЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Оганова Н.Э.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
Кафедра восточной медицины
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся результаты исследования иммунологического статуса и гормонального у 30 больных с ДТЗ, у которых применены иглорефлексотерапия и комплексный метод. Установлено, что иглорефлексотерапия может быть применена как самостоятельный метод, так и в комплексе с медикаментозной терапией.

Ключевые слова: щитовидная железа, тиреоидит, иглорефлексотерапия, комплексное лечение.

ДИФФУЗИЯЛЫК УУДУУ БОГОКТУ КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО ИЙНЕ РЕФЛЕКС ДАРЫЛОО

Оганова Н.Э.

Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жан квалификацияны жогорулатуу институту
Чыгыш медицина кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада ийне рефлекс дарылоо жана комплекстүү ыкма колдонулган ДТЗ менен жабыркаган 30 бейтаптын иммунологиялык жана гормоналдык статусу иликтөөнүн жыйынтыктары келтирилген. Ийне рефлекс дарылоо өз алдынча ыкма катары дагы, комплекстүү медикаментоздук дарылоо катары да колдонулушу мүмкүн.

Негизги сөздөр: калкан беши, тиреоидит, ийне рефлекс дарылоо, комплекстүү дарылоо.

ACUPUNCTURE IN MULTIPLE TREATMENT OF DIFFUSE TOXIC GOITER

Oganova N. E.

Kyrgyz State Medical Institute of Advanced Training of doctors and Professional Development
Oriental Medicine Department
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The results of studies of immunological and hormonal status in 30 patients with DTS, using acupuncture, reflexotherapy, and complex method are presented in this article. It was found that acupuncture and reflexotherapy can be used both as independent method and in complex with medicinal therapy.

Key words: thyroid gland, thyroiditis, acupuncture, reflexotherapy, complex therapy.

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) является наиболее частой в структуре эндокринных заболеваний. Вероятно, такая тенденция сохранится и в последующие годы, так как за последнее десятилетие отмечается неуклонное увеличение больных с заболеваниями щитовидной железы [1; 4; 7; 9].

ДТЗ является одной из основных причин обращаемости населения за эндокринологической помощью. Эта патология составляет до 80% всех случаев гиперфункции ЩЖ и наиболее часто встречается в возрасте до 40 лет, причем у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин [2; 5; 6; 8].

При ДТЗ функциональное состояние щитовидной железы (ЩЖ) зависит от выраженности нарушений специфического и неспецифического иммунитета. Между числом неспецифических Т(Е_тфч РОК) супрессоров и концентрацией трийодтиронинов в сыворотке

крови наблюдается обратная зависимость. В результате потери иммунологического контроля за выработкой запрещенных клонов Т-лимфоцитов синтезируются тиреоид-стимулирующие антитела, которые относятся к группе иммуноглобулинов G, в свою очередь, воздействуя на рецепторы тиреотропного гормона (ТТГ), вызывают гиперпродукцию тиреоидных гормонов и увеличение щитовидной железы. Проблема восстановления иммунологических нарушений с помощью иммунокорректирующей терапии в настоящее время приобретает все большую активность. Благодаря современным методам диагностики можно выявить различные уровни поражения иммунной системы. Целью настоящего исследования было изучение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов и их субпопуляций, функции щитовидной железы и изучение эффективности

действия иглорефлексотерапии в лечении ДТЗ.

Материал и методы исследования

Нами обследовано 50 человек, из них 20 – практически здоровых лиц (контрольная группа), 30 больных с ДТЗ. Возраст в обеих группах был равнозначным.

Всем 30 больным с диагнозом с ДТЗ проведено лечение. В зависимости от характера лечения больных разделили на две группы: в 1-ю группу вошли 15 больных. Они получали курс лечения иглорефлексотерапии (ИРТ), а 2-ю группу составили 15 больных, которым выполнено комплексное (иглорефлексотерапия + специфические) лечение.

С целью улучшения иммунной системы и функции щитовидной железы акупунктурная терапия проведена в следующих точках: 4 IV, 6 IX, 13 X (+-) s.d, 36 III (+-) s.d, 4 II (+-) s.d, 16 II (+-) s.d, 10-4 X, 6 IV. Курс иглорефлексотерапии в среднем состоял из 10-12 сеансов, выполняемых ежедневно, I-II вариант тормозного метода, экспозиция игл 30-60 мин.

Результаты и их обсуждение

Клинико-иммунологическое обследование больных ДТЗ показало наличие нарушения в содержании иммунорегуляторных клеток T(E_Tфр РОК) хелперов, T(E_Tфч РОК) супрессоров. Так, при ДТЗ обнаружено повышение содержания хелперов и снижение супрессоров. Иммунорегуляторный индекс (Th/Ts) был значительно выше нормы, его повышение идет вследствие дефицита T(E_Tфч РОК) супрессоров.

Нами была изучена функция щитовидной железы и при этом обнаружено снижение содержания тиреотропного гормона (ТТГ) и повышение трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄).

Показатели субпопуляций Т-лимфоцитов в группах достоверно различались. Так, T(E_Tфч РОК) супрессоров у здоровых лиц составил 9,000,58, а у больных ДТЗ до получения лечения составил 3,000,18, в группе лиц, получавших иглорефлексотерапию, он был равен 6,000,50, а в группе, получавших комплексное лечение, он составил 5,000,20.

T(E_Tфр РОК) хелперов у здоровых лиц было 28,501,15, а у больных ДТЗ до лечения он составил 40,002,4, в группе лиц, получавших иглорефлексотерапию, он был равен 21,002,10, в

то время как у больных из группы комплексного лечения – 31,000,02.

Иммунорегуляторный индекс (Th/Ts) у здоровых лиц составил 5,050,25, у больных ДТЗ до получения лечения он был равен 15,001,30, в группе больных, у которых мы применили иглорефлексотерапию, он составил 3,600,60, а в группе с использованием комплексного лечения он составил 9,001,00.

Уровень трийодтироксина (Т₃) у здоровых лиц был равен 2,790,59, у больных ДТЗ до лечения он составил 6,530,8, а у пациентов, получавших иглорефлексотерапию (ИРТ), - 2,980,07, а при применении комплексного лечения – 3,650,02. Уровень тиреотропного гормона (ТТГ) у здоровых лиц был 0,960,029, у больных ДТЗ до лечения – 0,060,16, у получавших ИРТ – 0,490,01, а при комплексном методе лечения – 0,050,02. Уровень тироксина (Т₄) у здоровых лиц составил 62,05,73, у больных ДТЗ до лечения – 195,7 1,50, а после курса ИРТ – 96,32,4 и этот показатель после комплексного лечения составил 126,20,2.

После проведенного лечения методом иглорефлексотерапии (ИРТ) отмечается достоверное повышение содержания T(E_Tфч РОК)-супрессоров и снижение T(E_Tфр РОК)-хелперов и иммунорегуляторного индекса (Th/Ts). Результаты гормональных исследований показывают так же относительное повышение тиреотропного гормона (ТТГ) и относительное снижение трийодтиронина (Т₃), тироксина (Т₄). Результаты иммунологических и гормональных исследований у больных, получавших комплексное лечение, показывают также положительную динамику, но сдвиги более выражены в группе больных, получавших ИРТ.

Выводы:

1. Полученные данные свидетельствуют о том, что иглорефлексотерапия может быть достаточно эффективной в качестве самостоятельного метода лечения при ДТЗ.

2. Метод иглорефлексотерапии оказывает положительное воздействие на функциональное состояние щитовидной железы и иммунной системы.

3. Иглорефлексотерапию можно использовать в качестве дополнения к общепринятой медикаментозной терапии в виде комплексного метода лечения при ДТЗ.

Литература:

1. Нагаева Е.В. и соавт. Вторичный гипотиреоз: особенности диагностики и лечения // Проблемы эндокринологии. – 2002. - № 6. – С.26-30.
2. Болотская Л.А., Маркова Т.П. Клинико-иммунологическая характеристика больных аутоиммунным тиреоидитом // Иммунология. – 2002. - № 3. – С.175-177.
3. Рафибеков Д.С., Калинин А.П. Аутоиммунный тиреоидит. – Бишкек, 1996. – 157 с.
4. Кадричева С.Г., Савченко А.Н., Догадин С.Н. Активность неспецифической эстеразы и -глицерофосфатдегидрогеназы в лимфоцитах крови у больных аутоиммунным тиреоидитом // Проблемы эндокринологии. – 2003. - № 3. – С.14-18.
5. Джурабекова А.Т. Поражение нервной системы у детей и подростков в йоддефицитном регионе: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 2003. – 28 с.
6. Петунин Н.А. Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологии. – 2002. - № 6. – С.16-21.
7. Евсеев В.А., Миковская О.Н. Нейроиммуноterapia: иммуноагрессия, дезрегуляция, перспективы адаптивной иммунотерапии // Журнал неврологии и психиатрии. – 2002. - № 6. – С.60-63.
8. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия.-2004.- № 1(8).- С.7-17.
9. Лузина-Чжу-Лили. К вопросу об использовании чжень-цзю при заболеваниях щитовидной железы// Рефлексотерапия.-2003.-№3/6.-С.58-60.



Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате
на сайте

www.elibrary.ru,

где отмечается цитирование по каждой статье

ОЦЕНКА БЕЗРЕЦИДИВНОГО ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ситникова Ю.Г., Кылчыкбаев А.К., Рихерт В.Н.

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

Резюме: В статье изложены новые подходы лечения рака молочной железы больных, отказавшихся от традиционного хирургического лечения – радикальной мастэктомии.

Ключевые слова: рак молочной железы, органосохраняющее лечение

ЭМЧЕК БЕЗИНИН РАК ООРУСУН ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУЧУ РЕЦИДИВСИЗ ДАРЫЛОО ИШИНИ БАА БЕРҮҮ

Ситникова Ю.Г., Кылчыкбаев А.К., Рихерт В.Н.

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

Корутунду: Бул макалада радикалдуу мастэктомия – салттуу хирургиялык дарылоодон баш тарткан эмчек безинин рак оорусу менен ооругандарга дарылоонун жаңы ыкмалары сунушталган.

Негизги сөздөр: эмчек безинин рак оорусу, органы сактап калуучу дарылоо.

ASSESSMENT OF RECURRENCE FREE SURVIVAL CONSERVING THERAPY OF BREAST CANCER

Sitnikova Yu.G., Kylchykbaev A.K., Richert V.N.

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

Resume: The article presents new approaches to breast cancer treating of patients who refused from the traditional surgical treatment – the radical mastectomy.

Key words: breast cancer, conserving therapy.

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из наиболее распространенных злокачественных опухолей в мире. В структуре онкологической заболеваемости женщин, а так же смертности это заболевание почти во всех экономически развитых странах занимает 1-е место [7]. В 2012 году в Кыргызстане раком молочной железы заболело 662 женщины, 265 из которых умерло от этого недуга. Стандартизованный показатель заболеваемости и смертности в 2012 году составил 27,3 на 100 тыс. населения и 11,2 на 100 тыс. населения соответственно [1].

По данным В.П. Летягина (1985), в настоящее время предложено более 6000 вариантов лечения рака молочной железы. Все лечебные мероприятия при этом разделяются на местно-регионарные (операция, лучевая терапия) и системные воздействия (химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия). Учитывая, что рак молочной железы в любой стадии может оказаться системным заболеванием, сопровождающимся скрытой диссеминацией опухолевых клеток по организму, роль

адьювантной системной химиотерапии и гормонотерапии как методов воздействия на отдаленные метастазы трудно переоценить. Однако до сих пор неизменно остается представление о том, что лечение рака молочной железы может быть радикальным только при выполнении адекватного хирургического вмешательства [8]. По мнению многих авторов хирургическое лечение остается основным видом лечения рака молочной железы [15]. При этом радикальная мастэктомия в различных модификация до сих пор остается основной операцией у большинства заболевших женщин. Данная операция представляет вмешательство, уродующее внешний вид [10].

Многочисленные исследования показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой деформации личности, значительно ухудшают качество жизни [16]. Все более остро встает вопрос повышения качества жизни пациенток, резко снижающегося в результате проведенного радикального лечения. Хирургическое удаление

молочной железы разрушает уверенность в себе, поддерживает память о заболевании. Парадокс состоит в том, что основное инвалидизирующее воздействие оказывает не РМЖ как таковой, а именно мастэктомия, ведущая к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своим масштабам и характеру превосходит и заметно отличается от инвалидизации при многих других онкологических заболеваниях [9]. Шок хирургического вмешательства, онкологический страх, возможность разрушения семьи, проблема потери работы и дальнейшего трудоустройства, разрыв социальных связей — вот с чем приходится сталкиваться женщине после хирургического лечения РМЖ [16].

Последние два десятилетия характеризуются пересмотром подходов в лечении и реабилитации больных раком молочной железы в пользу органосохраняющей хирургии [11]. Предпосылками к развитию ограниченных по объему хирургических методов лечения РМЖ явились: 1) улучшение диагностики ранних форм рака молочной железы; 2) профилактические осмотры женщин, относящихся к группе повышенного риска возникновения рака молочной железы; 3) развитие дополнительных к оперативному вмешательству методов лучевой, а позднее и лекарственной терапии противоопухолевой терапии (Гарин А.А. с соавт. 1991). Благодаря внедрению маммографического скрининга и успехам лучевой терапии (ЛТ) во многих странах нарастает или даже преобладает органосохраняющее лечение рака молочной железы [15]. Широкому распространению этого вида лечения способствует увеличение числа больных ранними стадиями заболевания, за счет своевременной диагностики, достижений химиотерапии, гормонотерапии, лучевой терапии и развития таргетной терапии [11].

Общепринято считать, что выполнение органосохраняющие операции на молочной железе возможно при раке I (T1N0M0), IIa (T1N1M0, T2N0M0), IIб (T1-2N1M0) стадиях, размерах опухоли до 3,0см, узловой форме новообразования, моноцентрическом росте, с медленными и умеренными темпами роста, единичных подвижных метастазах в регионарных лимфатических узлах, благоприятном соотношении размеров молочной железы и опухоли, что обеспечивает хороший косметический результат операции, и при желании больной сохранить молочную железу

[12].

Известно, что РМЖ максимально влияет на сокращение средней продолжительности жизни пациенток. По данным М.И. Давыдова, Е.М. Аксель [11], потеря лет жизни женщин при РМЖ составляет от 17 до 21 года. Ежегодно во всем мире около 300000 женщин с РМЖ I и II стадиями подвергаются органосохраняющему лечению. При этом частота местного рецидива в сохраненной железе составляет от 2 до 10% в течение 5 лет и от 5 до 15% в течение 10 лет [5]. По некоторым данным [3], частота рецидивов составляет 4% для больных без метастазов и 22% с метастазами в регионарные лимфоузлы. По данным других авторов [16], у 9-17% больных развиваются локальные рецидивы в течение десяти лет. Общая пятилетняя выживаемость РМЖ у больных с медиальной локализацией опухоли составляет 66,3%, а у больных с латеральной - 74,2% [4]. Риск развития рецидива при РМЖ T1N0M0 достигает 25%, а при T2N0M0 - 30-35% [13].

Необходимо подчеркнуть, что до сих пор нет единого мнения по вопросу прогностической значимости местных рецидивов РМЖ после органосберегающего лечения. Одни исследователи [10, 2] считают рецидивы сугубо местным проявлением возврата заболевания, связанным с неадекватностью оперативного и адъювантного лечения и не влияющим на выживаемость пациенток. Другие авторы [7, 8, 6] рассматривают местные рецидивы как показатель генерализации рака молочной железы или видят в них проявление изначальной системности заболевания.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении РМЖ частота развития рецидивов остается ещё достаточно высокой. В связи с этим актуальным является вопрос о прогностических факторах развития рецидивов после органосохраняющего лечения РМЖ и влияния местных рецидивов на отдаленные результаты лечения.

Целью данного исследования является оценка эффективности органосохраняющего лечения и безрецидивного периода больных раком молочной железы с различными стадиями.

Материалы и методы.

Нами проведен анализ результатов лечения больных РМЖ, которым проводилось органосберегающее лечение в Национальном центре онкологии МЗ КР и клинике «КафМедЦентр». Период прослеженности

составил более 10 лет с 2000 по 2013 год. Всего за этот период выполнено 113 органосохраняющих операций по поводу РМЖ. Анализ проводился с учетом различных критериев, одним из которых является социально-экономический аспект нашей страны. Оценивалась возможность выполнения органосохраняющего лечения с учетом социальных, экономических, медицинских ресурсов и ментальности (национальных традиций) Кыргызстана.

Все больные были ранжированы по стадиям: при I стадии – 19 (16,8%), IIa – 58 (51,3%), IIb – 23 (20,3%), III – 7 (6,2%) и IV – 6 (5,3%) больным. Лечение проводили преимущественно при I–II (88,5%) стадии заболевания. Больные с III (6,2%) и IV (5,3 %) стадиями были установлены после гистологического исследования в результате исследования лимфатических узлов. При этом показания к выполнению органосохраняющих операций были психо-эмоциональные особенности и личностные реакции больных на хирургическое лечение – не согласие больных выполнять радикальную мастэктомию (86 больных) и наличие сопутствующей патологии (27 больных), из-за которой выполнение радикальной мастэктомии было не возможно.

Хирургическое вмешательство выполнялись следующим образом: широкая секторальная резекция молочной железы, подразумевающая удаление опухоли молочной железы в пределах здоровых тканей, причем морфологически подтверждено, что резецированные края не имели опухолевого роста. Следующие виды операций – секторальная резекция с подмышечной лимфаденэктомией и широкая секторальная резекция с лимфодиссекцией, которая предусматривает удаление клетчатки всех регионарных областей (подмышечной, подключичной и подлопаточной).

Помимо хирургического в комплекс органосохраняющего лечения было включено проведение адъювантной химиотерапии, лучевой терапии и гормонотерапии. Адъювантная химиотерапия проводилась в режимах CAF и CMF. В качестве антиэстрогенной терапии использовался Тамоксифен. Одна пациентка с HER-2/neu положительной опухолью получала Герцептин. Лучевая гамма-терапия выполнялась в статическом дистанционном режиме на зоны

регионарного метастазирования и молочную железу.

Из 113 наблюдений только хирургическое лечение было выполнено 30 больным, комбинированное лечение получили 48 пациенток и комплексное – 35. На I этапе лечения выполнялось хирургическое лечение в объеме широкой секторальной резекции – 47 пациенток, 21 больной произведена секторальная резекция с подмышечной лимфаденэктомией и 45 женщинам сделана широкая секторальная резекция с лимфодиссекцией, которая предусматривает удаление клетчатки всех регионарных областей (подмышечной, подключичной и подлопаточной).

Результаты.

За период наблюдения, который составил 13 лет, безрецидивный результат оказался у 83 больных. У 7 пациенток имел место рецидив через 1 год после операции, в основном, в месте послеоперационного рубца и оставшейся ткани молочной железы. В 2 случаях – имело место метастазирование в печень и легкие. 15 больных умерло. Из них семеро умерло из-за сопутствующих заболеваний (инсульт, инфаркт и т.д.), в 8 случаях причины смерти не известны. Шестеро больных сняты с учета.

Выводы:

Показанием к выполнению органосохраняющего лечения является I–II стадия рака молочной железы, включающее в хирургическое лечение обязательную лимфодиссекцию и все виды комплексного лечения (химио-, лучевая, гормонотерапия).

Выполнение органосохраняющего лечения рака молочной железы, включая весь комплекс специальных методов лечения (химио-, лучевая и гормонотерапия) позволило добиться хорошего не только хороших косметических результатов с положительным психо-эмоциональным эффектом, но и добиться длительного безрецидивного течения (83 безрецидивных случаев из 113).

Органосберегающие операции заслуженно являются одним из стандартов лечения раннего РМЖ. Тщательный отбор больных, контроль краев резекции, проведение лучевой терапии, адъювантной химиотерапии, гормонотерапии – компоненты, позволяющие проводить адекватное органосохраняющее лечение.

Литература:

1. International Agency for Research on cancer. World Health Organization. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012
2. Fisher B. Significance of ipsilateral breast cancer recurrence after lumpectomy. *Text. / B. Fisher, S. Anderson, E. Fisher // Lancet. 1991. - Vol. 338. - P. 327331.*
3. Katz A., Strom E., Bucholz T. et al. Locoregional Recurrence Patterns After Mastectomy and Doxorubicin-based Chemotherapy: Implications for Postoperative Irradiation. *J. Clin. Oncol. 2000, 18:2817-2827.*
4. Lohrish C, Paridaens R, Dirix L, et al. Mature results of a randomized phase II multicenter study of exemestane versus tamoxifen as first-line hormone therapy for postmenopausal women with metastatic breast cancer. *Ann Oncol 2003 ; 14 : 1391-8.*
5. Veronesi U. Twenty-year follow-up of a randomised study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L et al. N Eng J Med 2002; 347: 1227-1232.*
6. Veronesi U. Breast conservation is safe method in patients with small cancer of the breast. *Text. / U. Veronesi, B. Salvadori // Europ. J. Cancer. 1995. - Vol. 31.-P. 1574-1579.*
7. Баженова А.П. Рак молочной железы. Текст. / А.П. Баженова, Л.Д. Островцев, Г.Н. Хаханашвили М.: Медицина, 1985. - С. 137 - 200.
8. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. – М.: Медицина, 1985. – 266с.
9. Блохин С.Н. Реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.; 2003.
10. Вишнякова В.В. Отдаленные результаты применения экономных операций при раке молочной железы // Вестник АМН СССР. 1984. - № 12. - С. 7276.
11. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них населения стран СНГ. М., 2009
12. Иванов М.Н., Замятин О.А., Паньшин Г.А. и др. // Материалы Международного научного форума «Онкология на рубеже XXI века. Возможности и перспективы». – М., 1999. – С. 135-136.
13. Канаев С.В. Роль лучевой терапии в лечении рака молочной железы. *Практическая Онкология. Т. 3. - № 1. - 2002. - 48.*
14. Летягин В.П. Стратегия лечения больных ранним раком молочной железы // *Маммология №1, 2005. – С.86-87.*
15. Пак Д.Д., Евтягин В.В., Сарибекян Э.К., Ермаков А.В. Органосохраняющие и одномоментные реконструктивно-пластические операции при раке молочной железы // *Вопросы онкологии. 2002, том 48, №4 – С.615-616.*
16. Семиглазов В.Ф. Местное и системное адъювантное и неoadъювантное лечение операбельных форм рака молочной железы: выбор оптимальной стратегии. Консенсус Сан-Галлена, 2009 // *Современная онкология. Экстравыпуск 2010. - С.4-5.*
17. Парванова В.М., Пандова В.В., Гагарина З.М., Консервативное лечение рака молочной железы I и II стадии успешная альтернатива модифицированной радикальной мастэктомии. *Вопр онкол 2001; 47: 1: 45-48. Парванова В.М. и др., 2001.*
18. Семиглазов В.Ф. Новые подходы к лечению рака молочной железы // *Вопросы онкологии, Санкт-Петербург, 2013, том 59, №3, с.-288*
19. Сидоров С.В. Одномоментная и отсроченная реконструкция молочной железы с использованием собственных тканей у онкологических больных. Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Новосибирск; 1997.4.

ДИНАМИКА ЙОДУРИИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ КУРСА ЙОД-АМПЛИПУЛЬСОФОРЕЗА

Сманова Дж.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучено влияние курса йод-амплипульсофореза на состояние йодурии у лиц с йоддефицитными заболеваниями. Установлено увеличение экскреции йода с мочой на протяжении 3-5 месяцев после окончания лечения. Названный метод является средством лечения йоддефицитных заболеваний.

Ключевые слова: йод-амплипульсофорез, йодурия, йоддефицитные заболевания

ЙОД-АМПЛИПУЛЬСОФОРЕЗТИН ЙОДУРИЯГА БЕРГЕН ТААСИРИ

Сманова Дж.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Йод-жетишсиздик оорусуу бар адамдарга йод-амплипульсофорезтин курсунун йодурияга берген таасири изилденди. Даарылодон кийин 3-5 айга чейин йодтун заарада көбөшүсү аныкталды. Аталган бул ыкма йоджетишсиздик ооруларына дарылоо атайын ыкмасы болуп бер алат.

Негизги сөздөр: йод-амплипульсофорез, йодурия, йод-жетишсиздик оорулар.

INFLUENCE OF THE IODINE-AMPLIPULSOFORESIS COURSE ON IODIN-URIYAS STATE

Smanowa J.K.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. It is studied the influence of the iodine-amplipulsoforesis course on iodine-urinary state in persons with iodine deficit diseases. It is revealed the increase of iodine excretion in urine during 3-5 months after finishing the treatment. This method is a tool of the treatment of iodine deficit diseases.

Key words: iodine-amplipulsoforesis, iodine-urinary, iodine deficit diseases

Актуальность. Йодурия является одним из основополагающих критериев насыщенности организма йодом и свидетельствует о разной степени выраженности дефицита этого микроэлемента [1, 2]. В глобальном масштабе население многих регионов проживает в условиях природного дефицита йода [2, 3, 4], где проблема йоддефицитных заболеваний приобретает важнейшее медико-социально-экономическое значение [5, 6]. Борьба с названным недугом ведется повсеместно, постоянно и на разных уровнях, как в плане профилактики, так и непосредственно лечения [7, 8]. В настоящее время разработано и внедрено в практику достаточное количество различных мер воздействия, тем не менее, проблема распространенности и тяжести йоддефицитных заболеваний по-прежнему остается актуальной [9, 10]. Общепринятая пероральная терапия тиреоидными гормонами, калия йодидом и йодирование пищевой соли далеко не всегда

оказались успешными, что подтверждается, например, увеличением по Кыргызстану абсолютных цифр по обращаемости за медицинской помощью по названной патологии (а именно более чем в 10 раз – 17981 в 1997 г. и 189057 в 2001 г.) [11].

На основании сказанного должна приветствоваться разработка новых путей лечения и профилактики йоддефицитных состояний [12]. Наиболее надежным методом оценки насыщенности организма йодом является определение его экскреции с мочой.

Целью наших исследований было изучение динамики йодурии при воздействии курса йод-амплипульсофореза у лиц с йоддефицитными состояниями.

Материалы и методы исследования. Объектом нашего исследования были 27 студентов медицинской академии 18-23 лет с эндемическим зобом, получивших курс йод-амплипульсофореза (10 процедур через

день). Методы исследования: определение процентного содержания йода в суточной порции мочи (концентрацию йода в моче выражали в микрограммах на 1 литр). Динамика состояния йодурии проводилась по ближайшим и отдаленным результатам лечения, а именно: непосредственно перед лечением, сразу после окончания курса, а также через 3 и 6 месяцев от начала наблюдения. До лечения показатели йодурии колебались от 50 до 90 мкг/л, что свидетельствовало о легкой и средней степени йодного дефицита. Все пациенты весь предыдущий год не принимали никаких препаратов йода. Полученные результаты обрабатывались методом вариационной статистики с расчетом коэффициента достоверности.

Результаты исследования. После курса йод-амплипульсофореза достоверно возросла экскреция йода в моче и сохранялась таковой на всех этапах исследования, что свидетельствовало о достаточном пролонгированном действии данного вида физиотерапевтического воздействия (диаграмма 1).

При индивидуальном анализе результатов у 16 человек (59,3%) значение показателя йодурии непосредственно сразу после курса лечения увеличивалось значительно, а именно более чем на 25% от исходного, причем достоверная разница по всей группе сохраняется практически до 5 месяцев после лечения (или равнозначно через 6 месяцев от начала наблюдения).

Обсуждение. Теоретической предпосылкой к применению нами амплипульстерапии (или синусоидальных модулированных токов - СМТ) послужили

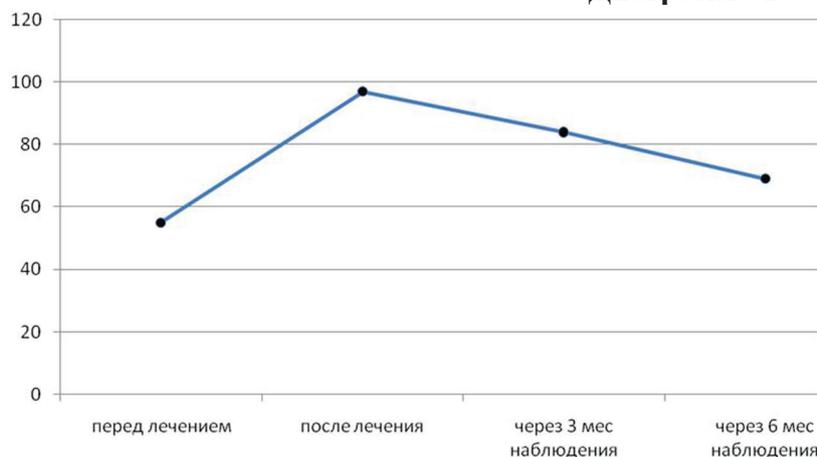
данные о щадящем влиянии их на ткани организма, поскольку их параметры близки к естественным биотокам человека, что делает их более физиологичными. Под действием СМТ улучшается трофика тканей, повышается функциональная активность клеток, увеличивается проницаемость клеточных мембран, что приводит к лучшему усвоению лекарственных веществ, транспортируемых кровью по всему организму.

При использовании йод-амплипульсофореза возрастает фармакологическая активность калия йодида, поступающего в общий ток крови в химически активном ионном виде. Немаловажным фактором является и накопление препарата в коже, создание депо и постепенное, медленное поступление в организм. Отчетливая положительная динамика отслеживалась и через месяц и через 3 месяца после лечения, что подтверждало пролонгированное действие йод-амплипульсофореза и свидетельствовало о достаточном содержании йода в организме.

Заключение: Курс йод-амплипульсофореза у пациентов с йоддефицитными заболеваниями увеличивает экскрецию йода с мочой, т.е. оказывает специфическое действие. Достаточный уровень йодурии после курса йод-амплипульсофореза при йоддефицитных заболеваниях сохраняется на протяжении 3-5 месяцев после окончания лечения. Предложенный метод лечения является эффективным средством терапии и особенно профилактики йоддефицитных заболеваний.

Разработанная методика доступна для применения практически в любом лечебно-профилактическом учреждении, где имеется

Диаграмма 1.



физиотерапевтический кабинет, не требует особых материальных затрат и создания специальных технологических условий. Преимуществом перед традиционной пероральной терапией калия йодом являются также короткий курс лечения (20 дней вместо 6-12 месяцев), отсутствие раздражения слизистых оболочек желудка и дешевизна.

Литература:

1. *Болезни органов эндокринной системы: Руководство по внутренним болезням // Под ред. И.И. Дедова.* – М., Медицина. – 2000. – 538 с.
2. *Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы.* – М., 2006. – С. 20-22.
3. *Айткеева Г. Мониторинг йододефицитных заболеваний в Ошской области.* – Бишкек, 2001. – С. 78-79.
4. *Султаналиева Р.Б. Йододефицитные заболевания в Кыргызстане.* – Бишкек, 2006. – 128 с.
5. *Велданова М.В. Проблемы дефицита йода с позиции врача... / Проблемы эндокринологии.* – 2001. – Т. 47. - № 5. – С. 10-13.
6. *Чин У.У., Йен П.М. Болезни щитовидной железы. / Под ред. Л.И. Браверманна: Пер. с англ.* – М., 2000. – С. 1-17.
7. *Герасимов Г.А. Йодирование соли – эффективный путь ликвидации йододефицитных заболеваний в России. / Проблемы эндокринологии.* – 2002. - Т.48. - № 6. – С. 7-10.
8. *Хетцель Б. Повесть о йодной недостаточности. Международные усилия в области питания.* – М., 1994. – 48 с.
9. *Свириденко Н.Ю. Йододефицитные заболевания. Эпидемиология, методы диагностики, профилактики и лечения: Дис. ... д-ра мед. наук.* – М., 1999.
10. *Гайтман Э. Болезни щитовидной железы // Под ред. Л.И. Браверман; пер. с англ.* – М., 2000. – С. 359-379.
11. *Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы КР (1997-2001 годы).* – Бишкек, 2002. – 80 с.
12. *Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Исраилова С.С., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М. «Способ лечения йододефицитных заболеваний».* - Патент № 906 от 31.10.2006, выдан «Кыргызпатентом».

МИГРЕНЬ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Черномазова Е. А., Абитова Г.К., Усенова Н.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье указаны клинические и параклинические особенности простой и ассоциированной мигрени. Наряду с этим рассмотрена актуальность изучения данного заболевания, которая основана на мультидисциплинарном подходе к диагностике и лечению данной проблемы.

Ключевые слова: простая форма мигрени, мигрень с аурой, гипоплазия церебральных артерий, аплазия брахиоцефального ствола, течение мигрени, прогноз, хирургическое лечение.

ЗАМАНБАП ШАРТТАГЫ МИГРЕНЬ ООРУСУНУН АБАЛЫ

Черномазова Е. А., Абитова Г.К., Усенова Н.Ш.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул макалада жөнөкөй жана ассоциацияланган мигрендин клиникалык жана параклиникалык өзгөрүүлөрү берилген. Бул оорунун мультидисциплинардык мааниси жана актуалдуулугу чагылдырылган.

Негизги сөздөр: жөнөкөй мигрень, мигрень аура менен, церебралдык артериялардын гипоплазиясы, прогноз, хирургиялык дарылоо, мигрендин жүрүшү.

MIGRAINE IN MODERN CONDITIONS

Chernomazova E. A., Abitova G.K., Usenova N. Sh.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this article it is given clinical and paraclinical features simple and associated migraine. Along with this, the study examined the relevance of this disease, which is based on a multidisciplinary approach to diagnosis and treatment of this problem.

Keywords: simple form of migraine, migraine with aura, hypoplasia of the cerebral arteries, brachiocephalic trunk aplasia, prognosis for migraine, surgical treatment.

Головные боли — одна из наиболее частых жалоб, с которой больные обращаются к врачу. Проблема головной боли является мультидисциплинарной медицинской проблемой, ибо головная боль может быть не только симптомом патологических процессов, локализующихся в области головы, но и ведущим проявлением многих врожденных, соматических и психогенных заболеваний [1]. Эпидемиологические данные VII Международного конгресса по головной боли (Торонто, 1995) показали, что более 70% населения развитых стран Европы и Америки жалуются на острые или хронические головные боли. В мире 86—90% населения периодически испытывают головные боли. При этом головная боль может быть ведущей, а иногда и единственной жалобой более, чем при 45 различных заболеваниях: неврозах, депрессивных состояниях, как невротической, так и эндогенной природы,

гипертонической болезни, артериальной гипотензии различного генеза, почечной и эндокринной патологии, органических заболеваниях нервной системы врожденного генеза, лор-патологии, глазных болезней [7]. Такая распространенность головных болей, а также сложность диагностики приводят к снижению социальной и трудовой активности, производительности труда индивидуума, следовательно, и к значительным экономическим потерям. В Великобритании (1989) ежегодный экономический ущерб вследствие временной потери трудоспособности у лиц, страдающих головной болью, составляет более 950 миллионов фунтов стерлингов в год [5]. Проблема головной боли имеет не только медико-биологическое, но и социально-экономическое значение. Самостоятельными патологическими формами головных болей являются: мигрень, кластерная головная боль и головная боль напряжения.

С этих форм и начинается современная международная классификация, поскольку они наиболее распространены, поражают лиц молодого трудоспособного возраста, а потому находятся в сфере пристального внимания врачей.

Мигренью страдает от 3—10 до 30—38% населения земного шара. Практически все люди, по данным мировой статистики, частотой 75—80% перенесли хотя бы один раз в жизни приступ мигрени. Чаще болеют женщины, соотношение женщин и мужчин составляет 3:2 или 4:2, преимущественно в возрасте 18—30 лет [6]. Мигрень чаще наблюдается среди городского населения, образ жизни которого характеризуется определенной гипокинезией. Кроме возраста и пола значительную роль в возникновении мигрени играют и наследственные факторы. Так, у родственников больных мигрень встречается значительно чаще, чем в популяции. Если приступы мигрени были у обоих родителей, риск заболевания потомков достигает 60—90% [5].

Мигрень — периодические повторяющиеся приступы интенсивной головной боли пульсирующего характера, чаще односторонней, локализующейся преимущественно в глазнично-лобно-височной области, сопровождающейся в большинстве случаев тошнотой, иногда рвотой, плохой переносимостью яркого света и громких звуков, сонливостью, вялостью после завершения приступа. В современной международной классификации 1988 г. мигрень представлена следующими формами [2]:

1. Мигрень без ауры.
2. Мигрень с аурой.

В зависимости от сосудистого бассейна, включенного в патологический процесс, выделяют офтальмическую, ретинальную, базилярную и другие формы мигрени. Различают также афатическую, мозжечковую, вестибулярную, паническую формы мигрени, в ауре которых присутствуют соответствующие симптомы, однако эти формы встречаются достаточно редко. В классификации представлены также детские периодические синдромы, которые могут быть предшественниками или сочетаться с мигренью, например: доброкачественные пароксизмальные головокружения у детей, как эквивалент мигрени, при наличии мигренозного анамнеза, альтернирующие гемиплегии. Далее выделяют осложнения мигрени: а) мигренозный

статус; б) мигренозный инсульт. Оставлена также графа для описания новых видов мигренозных расстройств.

Преимущественная сторона локализации боли имеет ряд клинических особенностей, для «правосторонних» характерна большая интенсивность болевых ощущений в приступе, а также наличие вегетативных изменений, «левосторонние» приступы мигрени возникают обычно в ночное время суток, более продолжительны, чаще сопровождаются рвотой и отеками на лице [3].

Клинические особенности приступов мигрени с аурой имеют сложный генез и обусловлены изменением активации корковых нейронов, сочетающейся с нарушением регионарного церебрального кровотока с преимущественным вовлечением в патологический процесс определенной зоны того или иного сосудистого бассейна. Редкой формой является базилярная мигрень, возникающая, как правило, в пубертатном периоде у девочек и проявляющаяся преходящими симптомами дисциркуляции в бассейне базилярной артерии. Вспышка яркого света с последующим двусторонним расстройством зрения вплоть до слепоты, шум в ушах, головокружение, атаксия, а иногда даже дизартрия - являются основными симптомами данной формы мигрени. Возможны кратковременные парестезии в руках, реже — в ногах, сопровождающийся появлением резчайшего приступа пульсирующей головной боли с локализацией в затылочной области, рвотой и кратковременной до 30% случаев потерей сознания, что обусловлено распространением ишемического процесса на область ретикулярной формации ствола мозга [4].

Цель исследования: изучение этиологических факторов и клинической картины классической, ассоциированной мигрени.

Задачи исследования:

1. Определить частоту различных форм мигрени.
2. Исследовать параклинические данные при классической и осложненной мигрени.

Материалы и методы исследования:

Обследовано 22 пациента, среди которых лица женского пола составили 18 человек (81,8%), мужского 4 (18,2%) соответственно. Средний возраст больных для женщин составил

28,8±2,4 года, у мужчин 32,5±7,7 лет.

Исследование и лечение больным проводились в клинике неврологии Национального госпиталя МЗ КР. Диагноз мигрени базировался на критериях, согласно международной классификации мигрени от 1988 года. Параклиническое верифицирование включало в себя: Электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), осмотр окулиста с описанием глазного дна, дуплексное сканирование сосудов шеи, магнитно-резонансная томография (МРТ) сосудов головного мозга и шейного отдела позвоночника.

Результаты исследования.

Простая форма мигрени наблюдалась у 13 больных (59%), характеризовалась пульсирующим, давящим характером боли. По нашим наблюдениям, в 87 % случаев, боль локализовалась в одной половине головы, а затем отмечался переход и на другую сторону у 13% больных. Правосторонние и левосторонние головные боли, распределились следующим образом в 92% и 8 % случаях соответственно. У большинства пациентов приступы развивались днем, с сопутствующими вегетативными изменениями, такие как тахикардия, перебои в сердце, гипервентиляционные проявления, локальный или диффузный гипергидроз. По результатам наших данных, средняя длительность пароксизмальной гемикраниалгии без ауры, составила от 1 -24 часов, а частота приступов варьировала от 2 до 4 в месяц.

Мигрень с аурой, мы наблюдали в 13,5% случаев. Офтальмическая аура встречалась у 2 пациенток (9%), проявлялась в виде гомонимных зрительных нарушений, с молниеподобными или мерцающими вспышками, в 1 случае (4,5%), мы наблюдали редкий вариант тяжелой базилярной или синкопальной мигрени, развившейся на фоне аплазии брахиоцефального ствола. Клиническая картина ее характеризовалась синкопами, приступами головокружения, сопровождающиеся шумом в ушах и нарушением координации.

Дополнительное инструментальное исследование у всех пациентов с простой формой мигрени, выявило характерные дистонические изменения на РЭГ - в виде повышения тонуса сосудов мелкого и среднего калибра, нарушение венозного оттока в каротидном или вертебробазилярном бассейнах. Глазное дно отличалось сужением артерий

и полнокровным расширением вен. А ЭЭГ картина соответствовала корково-подкорковому дисбалансу, со снижением функционального состояния коры головного мозга. Другие нейровизуализационные диагностические алгоритмы патологических изменений не выявили.

Ассоциированная мигрень, чаще всего, сочеталась с аномалиями развития сосудов головного мозга, такие как гипоплазия или аплазия позвоночных, задних соединительных артерий, брахиоцефального ствола.

У 6 больных (27,5%), мигрень развилась на фоне вертебральной патологии шейной локализации: подвывих атланта-аксиального сочленения, дискогенный цервикальный радикулит в сочетании с корешковым, рефлекторно-болевым и мышечно-тоническим синдромами.

Выводы:

1. Простая мигрень, является частой, компенсированной формой мигрени, с отсутствием морфологических изменений со стороны церебральных сосудов, врожденного характера.

2. Ассоциированная мигрень, характеризуется более тяжелым течением, сочетается с аномалией развития церебральных артерий. Требуется иной тактики ведения, с привлечением ангио и нейрохирургов, в свете риска развития мигренозного инсульта у лиц молодого, трудоспособного возраста.

Литература:

1. Вейн А. М. Головная боль//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1996. - № 3. — С. 5—8.
2. Колосова О.А., Осипова В.В. Классификация головной боли//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.— 1996. - №3. - С. 8-12.
3. Лунева Т.В., Колосова О.А. Клинико-психофизиологические особенности латерализованных форм мигрени//Журнал неврологии и психиатрии — 1996. — №3. — С. 8—12.
4. Осипова В.В. Лечение суматриптаном мигрени и кластерной головной боли//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1996. - №3. - С. 100-104.
5. Яковлев Н.А., Вейн А.М., Колосова О.А. и др. Мигрень. — М., 1995. - 180 с.
6. Bean J.N. Migraine, clinical, therapeutic conceptual and research aspects. —L, 1987.—180 p.
7. Headache 1995. Proceedings of the 7th International Headache Congress. Toronto, Canada. Sept. 16 —20, 1995// Cephalalgia. - 1995. - Vol.15. - Suppl. 14.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА И АНГИНЫ У ДЕТЕЙ

Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.

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

Резюме: В работе проведен сравнительный анализ 127 историй болезней детей, находившихся на стационарном лечении в РКИБ с диагнозами инфекционный мононуклеоз и ангина.

Ключевые слова: инфекционный мононуклеоз, ангина, клиника, диагностика.

БАЛДАРДА КЕЗДЕШКЕН МОНОНУКЛЕОЗ ЖАНА АНГИНА ООРУСУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮН АНЫКТОО

Шайымбетов А.Т., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.

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

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында мононуклеоз жана ангина жугуштуу оорусу дарыланган, 127 баланын оору баяны изилденген.

Негизги сөздөр: мононуклеоз, ангина, клиника, аныктоо.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF FEATURES OF THE CURRENT INFECTIOUS MONONUCLEOSIS AND ANGINA IN CHILDREN

Shaiymbetov A.T., Chechetova S.V., Kadyrova R.M.

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

Resume: In work the comparative analysis of 127 case histories of children who were on hospitalisation in Republic clinical infection hospital with diagnoses infectious mononucleosis and angina.

Key words: infectious mononucleosis, angina, clinical manifestation, diagnostics.

Введение

Ангина – широко распространенный синдром при острых инфекционных заболеваниях. Среди бактериальных инфекций наиболее часто синдром ангины (СА) встречается при таких заболеваниях, как стрептококковая ангина, скарлатина. Среди вирусных инфекций – при инфекционном мононуклеозе (ИМ) [1].

Существуют разные термины: стрептококковый фарингит, ангина, острый тонзиллит, где главным образом, поражаются небные миндалины. Ангиной можно заболеть в любом возрасте, однако наивысшая заболеваемость отмечается у детей 3–10 лет, а также у взрослых в возрасте 30–40 лет. Такая особенность заболеваемости острым тонзиллитом определяется возрастными особенностями миндалин (и других образований лимфоидной ткани глотки) у этих возрастных групп [2,5].

Одной из актуальных проблем современной медицины является также

высокая инфицированность населения вирусом Эпштейна — Барр (ВЭБ). Эпштейна — Барр вирусная инфекция (ЭБВИ) в настоящее время является серьезной проблемой, естественная восприимчивость к которой высокая (поражается 80–100 % населения земного шара), причем первичное инфицирование ВЭБ в 90–95 % происходит в раннем детском возрасте (до трех лет). Заболеваемость острой формой ЭБВИ в различных регионах мира колеблется от 40 до 80 случаев на 100 тыс. населения. Вирус Эпштейна — Барр, один из наиболее распространенных вирусов человека, относится к семейству герпес-вирусов, подсемейство гамма-герпес-вирусов (4-й тип), содержит ДНК, характеризуется выраженным тропизмом к В-лимфоцитам, в которых длительно персистирует [3]. Большинство людей инфицированы ЭБВ, но у них отсутствуют какие-либо симптомы (атипичная форма), однако во многих случаях может развиваться инфекционный мононуклеоз, где одним из основных клинических проявлений

является поражение носоглотки и ротоглотки, т.е. синдром ангины или острый тонзиллит.

Стрептококковые тонзиллиты обычно вызывают выраженные воспалительные изменения в общем анализе крови (ОАК) лейкоцитоз, нейтрофилез, выраженный сдвиг лейкоцитограммы влево, а при инфекционном мононуклеозе – кроме сдвига лейкоцитарной формулы влево, позже развивается анемия [4].

Как правило, отличить острый вирусный и острый стрептококковый тонзиллит по клиническим признакам бывает непросто, т.к. при вирусной инфекции (инфекционном мононуклеозе) развитие синдрома ангины обусловлено ассоциацией вирусной и бактериальной инфекций. По-прежнему сохраняются трудности лабораторной этиологической диагностики. Это приводит к тому, что из-за опасения развития тяжелых осложнений антибактериальные препараты назначают 95,0% пациентов.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа особенностей течения инфекционного мононуклеоза и ангины у детей.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 127 истории болезни детей с клиническим диагнозом «инфекционный мононуклеоз» и «ангина», находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в период с 2012 по 2013 год включительно. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические методы исследования, а также статистическая обработка

полученных результатов.

Результаты и их обсуждение.

Под нашим наблюдением находилось 127 больных детей, из них 75 человек были с клиническим диагнозом «инфекционный мононуклеоз» и 52 человека – с клиническим диагнозом «ангина» (фолликулярная – 59,6% или лакунарная 40,4%).

Нами был проведен сравнительный анализ особенностей течения инфекционного мононуклеоза и гнойной ангины по основным клинико-эпидемиологическим и лабораторным показателям.

Среди детей, больных инфекционным мононуклеозом, преобладали (85,3%) дети от 1 года до 6 лет, в то время как дети до одного года составили 4,0%. Анализ возрастной структуры детей, с клиническим диагнозом «ангина» также выявил преобладание (75,0%) больных дошкольного возраста, в тоже время детей до года стало больше 17,3%.

Среди мальчиков, как инфекционный мононуклеоз (64,0%), так и гнойные ангины (59,6%) встречались чаще, чем среди девочек. В основном больные были представлены городскими жителями (74,7%; 82,7%). Подъем заболеваемости в группе больных с инфекционным мононуклеозом и с ангиной отмечался больше в холодное время года, зимне-весенний период (рис.1).

У детей с клиническим диагнозом бактериальная ангина достоверно чаще (рис.2, таб.1) встречались тяжелые формы заболевания (71,2%), чем среднетяжелые (28,8%), в то время как у больных с инфекционным мононуклеозом

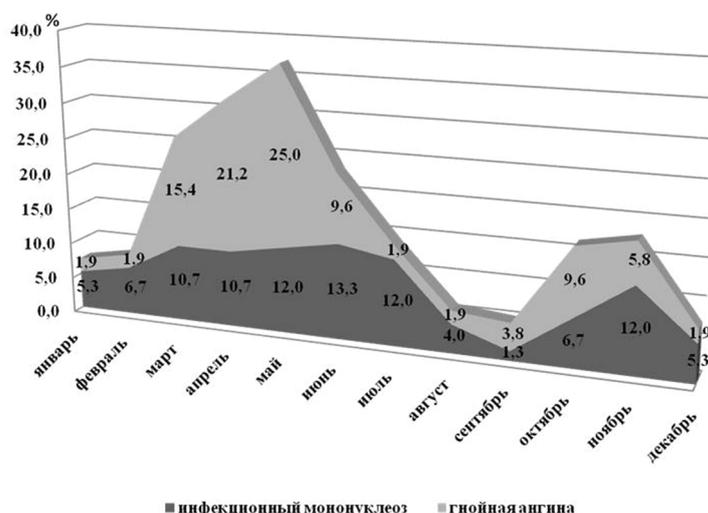


Рис.1. Сезонность при инфекционном мононуклеозе и гнойной ангине

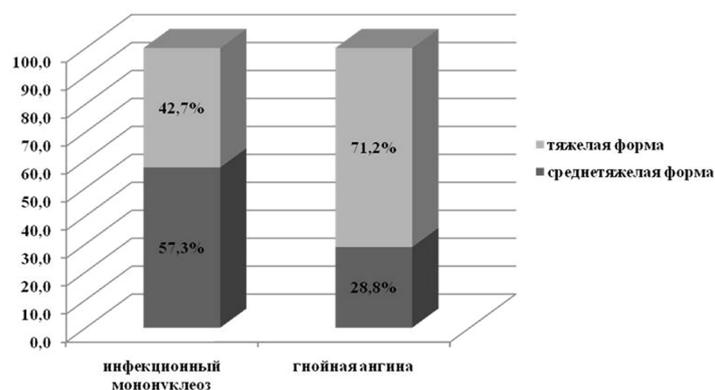


Рис.2. Тяжесть заболевания при инфекционном мононуклеозе и ангине

Таблица 1.
Сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей инфекционного мононуклеоза и ангины у детей

Показатели	инфекционный мононуклеоз M±m	ангины M±m	P	
Тяжесть (%): тяжелая форма	42,7±4,1	71,2±5,6	P<0,05	
	57,3±3,8	28,8±2,7	P<0,05	
макс температура тела (%) 37,0-38,0 °C	12,0±4,0	15,1±5,0	P>0,05	
макс температура тела (%) 38,0-39,0 °C	8,0±6,5	37,7±10,0	P<0,05	
Длительность лихорадки (дни)	4,8±2,1	3,1±1,2	P>0,05	
Гипертрофия небных миндалин I ст. (%)	33,3±9,4	49,1±9,8	P>0,05	
Гипертрофия небных миндалин II-III ст.(%)	9,3±3,0	1,9±0,6	P<0,05	
Выраженное увеличение размеров подчелюстных лимфоузлов (%)	64,0±3,9	52,8±3,4	P<0,05	
Общий анализ крови:	гемоглобин	123,0±10,0	124,0±11,0	P>0,05
	эритроциты	3,2±1,0	3,5±0,3	P>0,05
	лейкоциты	8,4±2,6	8,0±2,5	P>0,05
	сегментоядерные	46,4±1,5	59,2±1,8	P<0,05
	лимфоциты	47,8±1,5	35,5±1,2	P<0,05
	СОЭ	10,0±2,1	16,5±2,0	P<0,05

частота тяжелых форм болезни (42,7%) не имела существенной разницы с частотой среднетяжелых форм болезни (57,3%). Более выраженная, фебрильная (до 39°C) лихорадка также достоверно чаще отмечалась на фоне течения гнойной ангины, при этом длительность лихорадочного периода не имела существенной разницы. Выраженная гипертрофия небных миндалин до II-III степени чаще наблюдалась у детей с инфекционным мононуклеозом (таб.1).

Поражение ретикулоэндотелиальной системы при инфекционном мононуклеозе было выявлено достоверно чаще, чем при гнойных ангинах. Так, увеличение периферических лимфатических узлов при инфекционном мононуклеозе отмечено в 96,0% случаев, особенно ($P<0,05$) подчелюстных и шейных лимфатических узлов (64,0%). Гепатоспленомегалия была определена у 18,7% больных ИМ детей, в тоже время увеличение размеров только печени выявлено в 37,3% случаев. Отличительным признаком инфекционного мононуклеоза от ангины было, также, храпящее дыхание (60,0%).

Сравнительный анализ результатов лабораторного исследования общего анализа крови больных детей выявил (таб.1), что при гнойных ангинах достоверно чаще отмечался нейтрофиллез и ускоренная СОЭ, в то время, как при инфекционном мононуклеозе более выраженным был лимфоцитоз ($P<0,05$).

Выводы:

1. У детей с клиническим диагнозом гнойная ангина достоверно чаще встречались тяжелые формы заболевания (71,2%), чем среднетяжелые (28,8%), в то время как у больных с инфекционным мононуклеозом частота встречаемости тяжелых форм болезни (42,7%) не имела существенной разницы с частотой среднетяжелых форм болезни (57,3%) из-за

позднего поступления.

2. На фоне течения инфекционного мононуклеоза у детей чаще встречается гипертрофия небных миндалин до II-III степени, а также значительное увеличение подчелюстных и шейных лимфатических узлов, по сравнению с их размерами при ангинах.

3. Отличительным признаком инфекционного мононуклеоза от ангины было, также, храпящее дыхание (60,0%) и синдром гепатоспленомегалии (18,7%).

4. Сравнительный анализ результатов лабораторного исследования общего анализа крови больных детей выявил, что при гнойных ангинах достоверно чаще отмечался нейтрофиллез и ускоренная СОЭ, в то время, как при инфекционном мононуклеозе более выраженным был лимфоцитоз ($P<0,05$), в связи с тем, что имела место вирусно-бактериальная ассоциация.

Литература:

1. Борисова О.В., Гасилин Е.С., Санталова О.В. и др. Особенности течения инфекций, сопровождающихся синдромом ангины, у детей (по данным детского инфекционного стационара) // Саратовский научно-медицинский журнал, 2011. - Том 7.-№1. – С.103-106.
2. Таточенко М.Д., Бакрадзе А.С., Дарманян В.К. Острые тонзиллиты в детском возрасте :диагностика и лечение // Современная педиатрия,-2009.-№5. -С. 63-66.
3. Адеишвили П.С., Шамиева О.В., Гусева Н.А. Современные представления о поражении ротоглотки при инфекционном мононуклеозе // Детские инфекции, 2012. - №3. – С.3.
4. Белан Ю.Б., Михайлова Т.А. Значение клинических и лабораторных данных в дифференциальной диагностике инфекционного мононуклеоза // Детские инфекции, 2008. - №1. – С.32-35.
5. Финогеев Ю.П., Павлович Д.А., Захаренко С.М. и др. Острые тонзиллиты у инфекционных больных // Журнал инфектологии. Питербург, 2011. – Том 3. - №4. – С. 84-91.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Абдиев А.А., Авасов Б.А., Оморов Т.Б.

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

Резюме: Оперировано 62 больных по поводу альвеококкоза печени: радикальные операции выполнены у 28 и условно-радикальные – у 34. После операции плевриты выявлены у 18 (29,0%).

Ключевые слова: печень, альвеококкоз, резекция печени, осложнения, плеврит, лечение.

БООР РЕЗЕКЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ ӨПКӨ ЖАКТАН ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРДҮ АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Абдиев А.А., Авасов Б.А., Оморов Т.Б.

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

Корутунду: Боор альвеококкозу боюнча 62 бейтап операция болду. Алардын ичинеп 28 бейтапка радикалдуу, 34 бейтапка шарттуу радикалдуу операция жасалды. Операциядан кийинки убакытта 18 бейтапта (29,0%) плеврит байкалды.

Негизги сөздөр: боор, альвеококкоз, боор резекциясы, өтүшүп кетүүлөр, плеврит, дарылоо.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTION

Abдиеv A.A., Avасov B.A., Omorov T.B.

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

Resume: 62 patients with alveococcosis of the liver were operated. Radical operations were performed in 28 patients, and conditionally radical operations were fulfilled in 34 patients. After the operation pleurisy was in 18 patients (29,0%).

Key words: liver, alveococcosis, resection, complications, pleurisy, treatment.

При альвеококкозе основным методом лечения является оперативный. При этом выполняются радикальные операции, когда удаляется весь очаг поражения, и условно-радикальные. При этом остаются пораженные участки, в основном, в области ворот печени, удаление которых невозможно [1,2]. Оба эти типа операций весьма травматичны, операция всегда сопровождается травмированием диафрагмы, в результате чего в воспалительный процесс в послеоперационном периоде вовлекается и плевральная полость проявлением скопления жидкости [3,5]. После операции на печени особое внимание должно быть уделено не только ультразвуковому контролю брюшной полости, но и плевральной. До появления УЗИ использовали рентгеноскопию или рентгенографию для выявления плевритов после операции и нередко плевральные пункции выполнялись при скоплении большого количества жидкости, при появлении легочной недостаточности либо нагноения. С появлением аппаратов

УЗИ появилась возможность для ежедневного контроля за состоянием брюшной и плевральной полости, своевременно выполнить плевральную пункцию и предотвратить развитие эмпиемы плевры, которая существенно влияет на исход заболевания. Результаты лечения альвеококкоза печени зависят от своевременного выявления осложнений и их лечения.

Цель работы: представить результаты диагностики и лечения легочных осложнений после резекции печени, выполненной по поводу альвеококкоза.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 62 больных альвеококкозом печени, которым были выполнены радикальные операции (28 чел.) и условно-радикальные (34 чел.). Мужчин было 27 и женщин – 35, в возрасте от 28 до 62 лет, а давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 5 лет. Правая доля была поражена у 46, левая – у 16 больных.

В обследовании поступивших помимо общеклинических методов исследования использовали УЗИ, компьютерную томографию и определение функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение

После предварительной предоперационной подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Им были выполнены следующие типы операций: правосторонняя гемигепатэктомия – у 28, левосторонняя – у 12, удаление трех сегментов печени – у 9, двух сегментов – у 7 и резекция одного сегмента – у 6 больных. Операции выполняли по Т.Т. Тунгу [5] методом дигитоклазии. Необходимо отметить, что все операции были травматичны, сопровождались существенной кровопотерей, поэтому в момент операции и после нее стремились восполнить кровопотерю (переливание плазмы, эритроцитарной массы, кровозамещающих растворов и др.) и назначали противовоспалительную терапию (антибиотики). После операции состояние больных, как правило, было тяжелое, следили за гемодинамическими показателями и выполняли коррекцию нарушенных функций.

Особое внимание уделяли контролю за плевральной и брюшной полостью и чем тяжелее больной, тем чаще выполняли УЗИ. При появлении одышки, повышения температуры, повышения уровня количества лейкоцитов срочно выполняли УЗИ. При выявлении жидкости в плевральной полости выполняли плевральную пункцию под контролем УЗИ и после пункции обязательный контроль УЗИ для оценки полноты аспирации жидкости. Пункцию заканчивали введением ампициллина 1,0 на новокаине (0,5% - 10 мл) или цефазолина. С момента выявления выпота пересматривали противовоспалительную терапию, назначали не менее 2 антибиотиков, метрид по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно, пересматривали объем инфузионной терапии.

Из 62 оперированных больных выпот в плевральной полости на 3-4 сутки обнаружен у 6 больных, на 5-6 сутки – еще у 10, а у 2 – на 9 сутки после операции.

Несмотря на тяжесть состояния мы ежедневно, иногда через день выполняли УЗИ и это оправдало себя, так как выпот в плевральной полости выявлялся в различные сроки, но в

основном до 7 дней и лишь у 2 больных выпот обнаружен на 9 сутки. При выявлении жидкости в плевральной полости, независимо от ее количества, выполняли пункцию с аспирацией и после пункции вновь контроль УЗИ для оценки полноты удаления жидкости. Если состояние больного было тяжелое, пункцию выполняли в отделении реанимации, а если больные переведены в отделение, то в палате, но обязательно под контролем УЗИ. У шести больных оказалось достаточным двух пункций, после чего накопление жидкости прекратилось, еще у 5 больных пункция выполнена трижды, еще у 6 пункцию выполняли 4 раза.

У одной больной при УЗИ выявлено наличие жидкости в плевральной полости и в поддиафрагмальном пространстве справа. Произведена плевральная пункция, удалено 500 мл серозной жидкости, а затем под контролем УЗИ произведена пункция поддиафрагмального пространства и дренирование по Сельдингеру, удалено 700 мл серозно-геморрагической жидкости с примесью желчи. Поддиафрагмальное пространство обрабатывали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, и осуществлялась активная аспирация. Состояние больного улучшалось, нормализовалась температура, уменьшалось количество отделяемого, а на 9 сутки выделения прекратились и дренаж из поддиафрагмального пространства удален. Плевральная пункция выполнена была еще дважды, а затем жидкость накапливаться прекратилась. В удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Несмотря на возникшие осложнения, своевременное выявление выпота в плевральной полости и поддиафрагмальном пространстве и его аспирация позволили добиться выздоровления.

Среднее пребывание больных в стационаре без осложнений составило $9,4 \pm 0,92$ койкодней, а с возникшими плевритами – $13,14 \pm 1,72$ койкодней.

Таким образом, наши наблюдения показали, что после резекции печени, в связи с операционным травмированием диафрагмы, возникают часто плевриты, своевременная их диагностика и применение плевральных пункций позволяют предотвратить нагноение и добиться выздоровления.

Литература:

1. Алиев, М.А. Опыт хирургического лечения альвеолярного эхинококкоза печени [Текст] / М.А. Алиев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. - № 3. – С. 179-180.

2. Альперович, Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени [Текст] / Б.И. Альперович // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. - № 1. – С. 24-29.

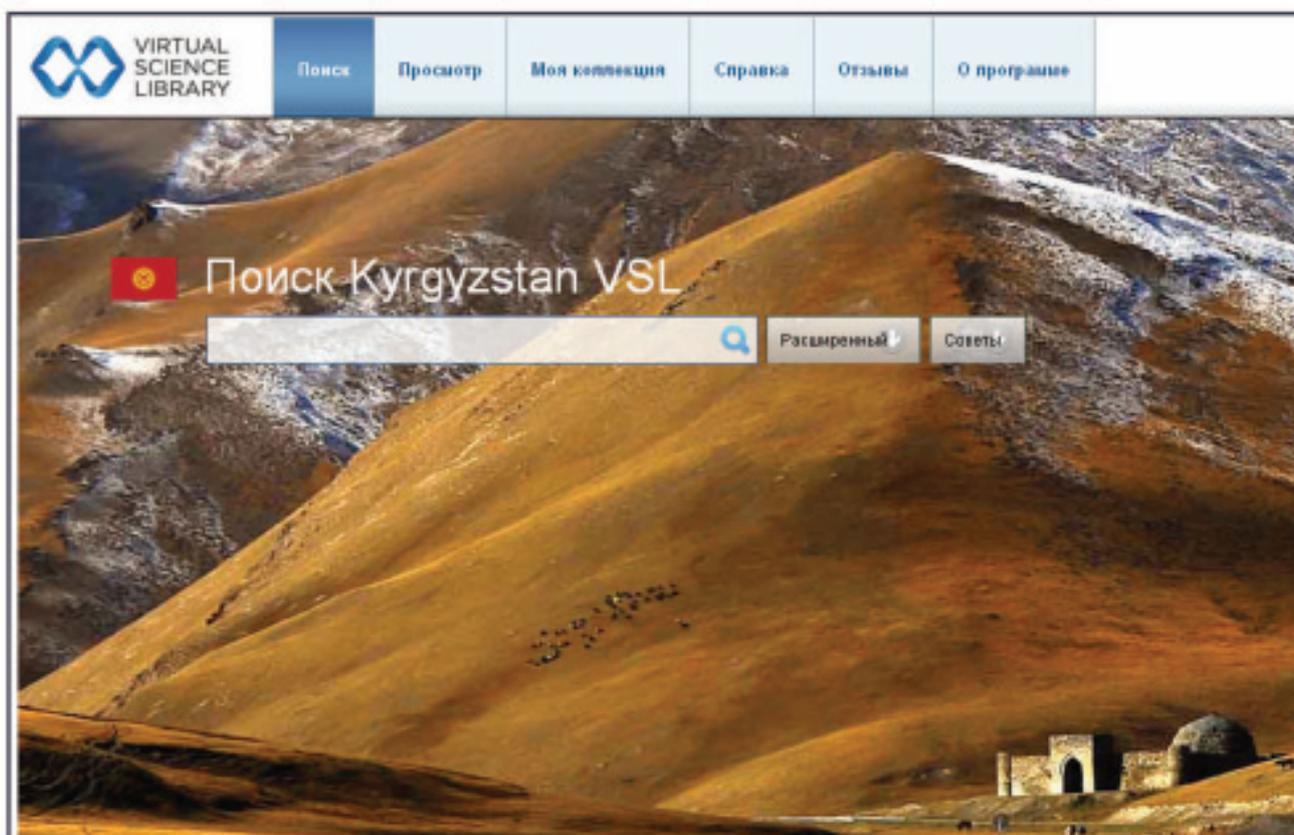
3. Блажитко, Е.М. Ближайшие результаты

оперативных вмешательств при паразитарных поражениях печени [Текст] / Е.М. Блажитко, Г.Н. Толстых, С.Б. Добров // *Вестник хирургии*. – 1995. - № 4. – С. 106-107.

4. Тунг, Т.Т. Хирургия печени [Текст] / Т.Т. Тунг. – М.: Медицина, 1967. – 237 с.

5. Krafzen W. Echinococcus multilocularis: localization and sonographic morphology; in *Arch. Int. Hidatidosis [Text]* / W. Krafzen, C. Henseler, R. Mason // *XVIII Int. Cong. of Hydatidology*. – 1997. – Vol. 32. – P. 188-190.

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.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Акешов А.Ж., Мусаев А.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в работе представлены результаты радикальных, условно-радикальных операций в сочетании с криодеструкцией и склеротерапией, а так же результаты химиотерапии альбендазолом.

Ключевые слова: альвеококкоз, криодеструкция, склеротерапия, химиотерапия альбендазолом.

БООР АЛЬВЕОКОККОЗУН ДАРЫЛООСУНУН ЗАМАНБАП ЖОЛДОРУ

Акешов А.Ж., Мусаев А.И.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

№1 шаардык клиникалык оорукана

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөөдө радикалдуу, шарттуу - радикалдуу операцияларды криодеструкция жана склеротерапиянын коштоосу менен жасоонун, ошону менен бирге альбендазол менен химиотерапиясынын жыйынтыгы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: альвеококкоз, криодеструкция, склеротерапия, альбендазол менен жасалган химиотерапия.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF LIVER ALVEOCOCCOSIS

Akeshov A.J., Musaev A.I.

I.K. Ahunbaeva Kyrgyz State Medical Academy

City Clinical Hospital № 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: the results of radical, conditionallyradical operations in combination with cryodestruction and sclerotherapy, and the results of chemotherapy with albendazole are given in this work.

Key words: alveococcosis, cryosurgery, sclerotherapy, chemotherapy with albendazole.

Введение. Альвеококкоз хроническое прогрессирующее паразитарное заболевание, с образованием множественных кистозных образований в печени, способных к инфильтративному росту и метастазирующий в легкие и головной мозг [1, 2]. Данная картина очень схожа с первичным раком печени, но развитие патологического процесса проходит значительно медленнее[4,6]. Бессимптомное течение альвеококкоза приводит к поздним срокам обращения пациентов, уже с различными осложнениями, диагностика и лечение их сложна [5, 7].

Несмотря на значительные достижения в гепатологии, количество неоперабельных больных, частота осложнений и послеоперационная летальность остаются достаточно высокими.

Цель. Улучшить результаты лечения

альвеококкоза печени.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 46 больных. Мужчин было 24(54%), женщин 22(46%), в возрасте от 21 до 68 лет. В ходе обследования были применены общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования, УЗИ и КТ органов брюшной полости. У 2-х больных на этапе обследования выявлено центральное поражение с прорастанием в ворота печени, этим больным назначен курс химиотерапии альбендазолом и постоянное наблюдение. В 11 случаях было локальное поражение сегментарного или долевого характера без вовлечения в процесс ворот печени. У остальных 33-х больных патологический очаг занимал правую или левую доли с прорастанием в ворота печени. Им произведены различного характера и объема условно-радикальные операции, которые

проводились в сочетании с криодеструкцией и алкоголизацией 96% спиртом (склеротерапия). По данным литературных источников [3] 96%-ный этиловый спирт вводят в паренхиму печени вокруг альвеолярного узла путем веерообразных пункций. Толщина зоны насыщения спиртом должна составлять не менее 15 мм. Способ обеспечивает прекращение доступа питательных веществ и кислорода к пораженным гепатоцитам.

Во всех случаях в послеоперационном периоде больным назначалась химиотерапия альбендазолом.

Результаты и обсуждение. Радикальные резекции произведены у 11 больных. Это правосторонняя и левосторонняя гемигепатэктомии, из них у 2-х сегментарная резекция печени. У остальных пациентов условно-радикальные операции проводились в сочетании с криодеструкцией хладагентом (жидкий азот) и склеротерапией (96% этиловый спирт). У 33 больных после частичной резекции печени у ворот оставались узлы различных размеров, удаление которых не представлялось возможным, соответственно они обрабатывались жидким азотом (25 чел.) и 96% спиртом (8 чел.). В послеоперационном периоде проводились все необходимые мероприятия для предупреждения воспалительных осложнений, контролировали биохимические показатели функционального состояния печени. Выполняли инфузионную терапию с включением гепатотропных средств, антибиотики (цефалоспорины III поколения). Состояние постепенно улучшалось и они были выписаны с улучшением и им назначено 3 курса альбендазола.

При повторном обследовании на УЗИ и КТ печени через 6 мес, у 1 больного с центральным расположением альвеококкоза дальнейшего роста не наблюдалось, желтуха уменьшилась, рекомендовано продолжить лечение альбендазолом. Вторая больная умерла от полиорганной недостаточности.

После подготовки 13 больных были повторно оперированы, во всех случаях очаги поражения альвеококкозом имели четкие

границы, они были удалены путем вылушивания, ложе коагулировано. В 2-х случаях часть узла у ворот печени оставались, которые были обработаны жидким азотом. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом наши наблюдения показали, что применение криодеструкции и склеротерапии в сочетании с химиотерапией альбендазолом, значительно повышают эффективность условно-радикальных операций, при прорастании паразитарных элементов в ворота печени, но накопление материала необходимо продолжить для окончательной оценки.

Литература:

1. Альперович Б.И., Кошель А.П. Осложнения после резекции печени // *Хирургия*. 1995. - №6. - С. 41-43.
2. Альперович Б.И. «Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени» // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Том 1, №1 - С. 31-36.
3. Борсуков А.В., Бельков А.В., и др. Мининвазивная склеротерапия 96%- этанолом единичных метастазов и неосложненных кист печени // *Анналы хирургической гепатологии*, 2004. - Том 9, №1. - С. 79-88.
4. Джоробеков А.Д., Баймаханов Б.Б., Разакулов Р.О., Кутманбеков Э.А. Совершенствование хирургической тактики и техники оперативных вмешательств, при альвеококкозе печени // *Хирургия Кыргызстана* - 2007. - №2. - С. 111-114.
5. Журавлев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных альвеококкозом печени // *Анналы хирургической гепатологии*, 2000. - Том 5, №2. - С. 11-18
6. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К., Айтбаев С.А., Куттубаев О.Т. Альвеококкоз, диагностика, лечение, профилактика. Бишкек: Express Print, 2009. - 233с.
7. Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г. Хирургическое лечение альвеококкоза печени // *Актуальные проблемы хирургической гепатологии, сб. материалов XIX международного конгресса хирургов - гепатологов России и стран СНГ*. Иркутск, 2012. - С. 95-96

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ

Алиев М.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты оперированных 59 больных с эхинококкозом печени. Для улучшения результатов лечения использован «Декасан» 0,02% для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка. В лечении использованы различные методы ликвидации полости фиброзной капсулы. Из оперированных 59 больных осложнения возникли у 4 (6,7%).

Ключевые слова: эхинококкоз, «Декасан» 0,02%, печень, абдоминализация, обеззараживание, ликвидация полости фиброзной капсулы.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУН ОПЕРАТИВДҮҮ ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО ЖАНА АНЫН НАТЫЙ ЖАЛАРЫ

Алиев М.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боордун эхинококкоз оорусу менен жабыркаланган 59 бейтаптын операциядан кийинки жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Эхинококк мите курттарын зыянсыздандыруу боюнча «Декасан» 0.02% аралашмасы колдонулган. Дарылоодо фиброздук челкабыкчанын көндөйчөсүн жабуунун ар түрдүү хирургиялык ыкмалары колдонулган. Операция жасалган 59 бейтаптын ичинен 4 (6,7%) кабылдоосу болгон.

Негизги сөздөр: Эхинококкоз, «Декасан» 0.02%, боор, абдоминализация, зыянсыздандыруу, фиброздук көндөйчөнү жабуу.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Aliev M.J.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Municipal clinical hospital # 1,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The results of surgical treatment of 59 patients with liver echinococcosis are presented. “Dekasan” 0.02% for disinfection of echinococcus ... elements was used to improve the results of treatment. Different methods of liquidation of fibrous capsule cavity were used in this treatment. Complications were in 4 (6.7%) patients.

Key words: “Dekasan” 0.02% , liver,abdominisation, disinfection, fibrous capsule cavityliquidation.

Введение. Эхинококкоз - хроническое паразитарное заболевание с поражением всех органов и систем организма. Распространен во многих странах мира, в том числе в Центрально-Азиатском регионе. Диагностика и лечение эхинококкоза представляют особые сложности, так как клиника разнообразная, зависит от поражения того или иного органа [1,2]. Заболевание наносит огромный экономический и социальный ущерб здоровью населения. Необходимо отметить, что в последние годы наблюдается рост заболеваемости эхинококкозом. Лечение эхинококкоза только хирургическое [2,3,5], хотя в литературе

имеются данные о консервативном лечении, но оно может применяться лишь в тех случаях, когда имеются кисты маленьких размеров находящиеся в труднодоступных областях, и при невозможности проведения оперативного вмешательства [2].

Несмотря на множество разработанных и усовершенствованных методов антипаразитарного обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе, послеоперационные осложнения, рецидивы болезни, летальность остаются на высоком уровне [6]. В хирургии эхинококкоза очень важным этапом является полноценное и надежное обеззараживание

плодоносных элементов паразита, что обеспечивает профилактику рецидива болезни. По данным литературы, существует множество средств для антипаразитарной обработки плодоносных элементов эхинококка (йод, глицерин, гипертонический раствор хлорида натрия 30%, формалин, горячий раствор фурациллина, пары спирта): одни действуют гепатотоксически (вызывают некроз гепатоцитов), другие, при наличии желчных свищей, вызывают вторичный холангит, склероз внутрипеченочных протоков печени [1,2,4,7,8,9]. Многие методы ликвидации полости фиброзной капсулы приводят к деформации перикистозной ткани, вместе с тем происходит деформация сосудов и нервных окончаний, что в свою очередь приводит к нарушению трофики части органа, а впоследствии, отражается в послеоперационном периоде [2,3,5].

Цель исследования. Улучшение оперативного лечения эхинококкоза печени путем внедрения обработки плодоносных элементов эхинококка препаратом «Декасан» 0,02%, и абдоминализации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 59 больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени в хирургических отделениях ГКБ-1 г. Бишкек. Из 59 оперированных больных: женщин было -19, мужчин-40. Возраст их колебался от 17 до 73 лет. Большинство больных было в возрасте от 19 лет до 41 года. Из 59 больных у 8 нагноившийся эхинококкоз, у 6-разложившийся, у – 6 рецидивный, у остальных 39 больных был неосложненный эхинококкоз печени. Из 59 больных у 30 произведена абдоминализация полости фиброзной капсулы, у 2-х бисегментэктомия, у 3-х атипичная резекция левой доли печени, у 2-х гемигепатэктомия, у 22 - различные методы ликвидации полости фиброзной капсулы.

Все оперированные больные проходили обследование до и после операции (общий анализ крови, общий анализ мочи, определение печеночных и почечных тестов, УЗИ, флюорография).

Результаты и их обсуждение. До применения препарата «Декасан» 0,02% в клинике, мы изучили действие данного препарата: Оказалось, что препарат не всасывается через слизистые и ткани,

действует местно и не обладает токсическим действием на органы и ткани человека. Так же экспериментально, *invitro*, нами доказано, что при экспозиции 3-4 мин. происходит полная гибель плодоносных элементов эхинококка. Мы исследовали воздействие препарата «Декасан» 0,02% на плодоносные элементы эхинококка при экспозиции от 1 до 10 минут, при этом оказалось, что полная гибель сколексов наступает на 3-4 минутах (в 100% случаев происходит полное повреждение оболочек-мембран сколексов). С 5 по 10 минуту существенных различий при микроскопическом исследовании нет. Учитывая вышеописанное, считаем, что оптимальная интраоперационная экспозиция препарата «Декасан» 0,02%, составляет 4-5 минут. В литературе отмечено, что теплый раствор декасана губительно влияет на микробные клетки, поэтому мы предварительно подогревали препарат до 38°C.

Препарат «Декасан» 0,02% применяли с учетом апаразитарности и антипаразитарности. Сначала обкладывали салфетками, пропитанными препаратом «Декасан» 0,02%, вокруг кисты, затем пунктировали ее, эвакуировали содержимое электроотсосом, а затем вводили «Декасан» 0,02%, подогретый до 38°C. в равном количестве с эвакуированной жидкостью с экспозицией 4-5 минут, после чего киста вскрывалась, удалялась хитиновая оболочка, с целью профилактики рецидива заболевания полость фиброзной капсулы обрабатывалась дополнительно препаратом «Декасан» 0,02% в течение 3 минут, а затем производили контроль на наличие желчных свищей (при наличии они устранялись). До и после обработки препаратом «Декасан» 0,02% содержимое кист исследовалось микроскопически. В литературе отмечено, что фиброзная капсула может пропитываться сколексами, которые оседают в мелких трещинах, незамеченных во время операции. Это обуславливает проникновение их в перикапсулярную ткань печени, что играет роль в рецидиве болезни. Поэтому мы дополнительно одноразовым шприцем вводили «Декасан» 0,02% в перикапсулярную ткань печени.

Следовательно, применение препарата «Декасан» 0,02% способствует снижению осложнений в послеоперационном периоде и предотвращает возникновение рецидива болезни. Полученные результаты показали, что нет необходимости в тотальной перикистэктомии,

так как последнее может привести к высокой травматизации органа.

При осложненном эхинококкозе фиброзная капсула может утолщаться до 5 мм., в связи с чем нами разработан метод абдоминализации с частичной перицистэктомией.

В анализах крови на 2-3 сутки отмечалось снижение лейкоцитов и эозинофилов. Температура тела нормализовалась на 3-4 сутки. Среднее пребывание в стационаре составило 8 ± 1 койко дней, показатели печеночных тестов не нарастали. Следовательно, препарат не является гепатотоксичным. В послеоперационном периоде и к моменту выписки остаточных полостей не определялось. В раннем послеоперационном периоде из 59 оперированных больных осложнения наблюдались у 4: нагноение послеоперационной раны-1, внутрибрюшное кровотечение-3, одному из них произведена релапаротомия, остановка кровотечения, двоим проведена гемостатическая терапия консервативно. Рецидивов болезни при наблюдении в течение 1,8 года не отмечалось, продолжается контроль за ними. Больные выписывались домой с назначением химио-профилактики по общепринятой схеме.

Вывод. Таким образом, наши исследования показали, что «Декасан» 0,02% имеет выраженный сколексоцидный эффект при достаточно короткой экспозиции. Он улучшает течение послеоперационного периода и исходы оперативного вмешательства, сокращает сроки пребывания в стационаре.

Литература:

1. Акматов Б.А., Кенжаев М.Г., Кенжаев А.М. *Современные методы диагностики эхинококкоза и меры профилактики его рецидива // Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане / Сб. научн. тр. – Бишкек, 2002. – С.8-11.*

2. Кенжаев М.Г. *Оптимизация диагностики, хирургического лечения эхинококкоза и меры профилактики его рецидива // Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук, 14.00.27. Бишкек, 2002. – 33 с.*

3. Вахидов А.В., Абдурахманов Б.А., Ильхамов Ф.А. *Способ ликвидации наг-ноившихся остаточных полостей после эхинококкэктомии // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной медицины / Материалы II съезда хирургов Кыргызстана. – Бишкек, 1995. – С.243.*

4. Вафин А.З. *Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмеша-тельств при эхинококкозе // Хирургия. – 1993. - № 4. – С.70-73.*

5. Кенжаев М.Г. *Оптимизация диагнос-тики, хирургического лечения эхинококкоза и меры профилактики его рецидива // Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук, 14.00.27. Бишкек, 2002. – 33 с.*

6. Мусаев А.И., Айтназаров М.С., Овчаренко К.Е., Максутулу Э. *Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе перидиафрагмальной локализации // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- Бишкек, 2008. –Т. XIV. –С.79-81.*

7. Мусаев А.И., Усубалиев М.Б., Акешов А.Ж., Максутулу Э. *Профилактика рецидива эхинококкоза печени // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- Бишкек, 2008. –Том XIV,- Прил.2. –С.25-26.*

8. Мусаев А.И., Айтназаров М.С., Овчаренко К.Е., Максутулу Э. *Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе перидиафрагмальной локализации // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- Бишкек, 2008. –Т. XIV. –С.79-81.*

9. Максутулу Э. *Оценка эффективности термического метода обработки полости фиброзной капсулы, при неосложненном эхинококкозе печени // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- Бишкек, 2009. –№3. –С.122-124.*

10. Максутулу Э. *Гипертонический раствор поваренной соли как средство для обеззараживания содержимого эхинококковых кист печени // Здравоохранение Кыргызстана.- 2009. -№1. –С. 144-146.*

11. Максут уулу Э. *Озонированный раствор как средство обеззараживания плодоносных элементов эхинококка // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2010. -№2. – С. 38-39.*

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПЛОДОНОСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЭХИНОКОККА АНТИСЕПТИКОМ «ДЕКАМЕТОКСИН»

Алиев М.Ж., Мусаев А.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ лечения эхинококкоза печени у 40 больных. В одном случае операция произведена лапароскопическим путем. Представлены результаты обеззараживания плодородных элементов эхинококка антисептиком комплексного действия «Декаметоксин» 0,02%, установлена что, для гибели плодородных элементов эхинококка достаточна экспозиция 4-5 минуты.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, обеззараживание, Декаметоксин.

ЭХИНОКОКК МИТЕ КУРТУН ЗЫЯНСЫЗДАНДЫРУУДА «ДЕКАМЕТОКСИН» АНТИСЕПТИГИНИН ТААСИРИ

Алиев М.Ж., Мусаев А.И.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боор эхинококкоз даргы менен 40 бейтапка дарылоонун анализи жүргүзүлгөн. Анын ичинен 1 лапароскопиялык операция жасалган. Эхинококк мите курттарын «Декаметоксин» 0,02% антисептиги менен зыянсыздандыруу көрсөтүлгөн жана толук зыянсыздандыруу 4-5 мүнөттө болоору аныкталган.

Негизги сөздөр: Боор эхинококкоз оорусу, зыянсыздандыруу, Декаметоксин.

DECAMETOXIN 0,02% ET THE ANTISEPTIC COMPLEX EFFECTS AS REMEDY FOR ELEMENTS OF ECHINOCOCCUS DISENFECTION

Aliev M.J., Musaev A.I.

I.K.Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek, Kyrghyz Republic

Resume: It is analysed the results of disinfecting infection elements of ehinococcus in 40 patients by Decametoksini 0,02% et the antiseptic, complex effects with an exposition 4-5 minutes is sufficient for 100% of destruction scolex. We performs laparoscopic ehinococsectomy in one patient.

Key words: a liver, ehinococcus, disinfecting, Decametoksini.

Эхинококкоз на сегодняшний день является тяжелым паразитарным заболеванием и продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой. Это определяется тем, что среди паразитарных болезней нет другого поражающего организм так тяжело и в таких разнообразных формах как эхинококкоз [8].

Заболевание эхинококкозом и его рецидивы не имеют тенденции к снижению, более того, в последнее время отмечается распространение эхинококкоза не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения [10].

В хирургии эхинококкоза очень важным этапом операции является полноценное и надежное обеззараживание плодородных

элементов паразита, что обеспечивает профилактику рецидива болезни [4]. В этом отношении в литературе представлено множество методов: это использование горячих растворов фурациллина, гипертонических растворов хлорида натрия, хлористого кальция, глицерина, йода, формалина, физические факторы (лазер, ультразвук и др.). Но по мере накопления материала было установлено, что одни из них малоэффективны, а другие токсичны для организма.

Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Интерес к применению лапарос-

копической техники при эхинококкозе печени вызван тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой и длительной реабилитацией пациентов [11,12]

Подобно абластике в онкологии, в хирургии эхинококкоза необходимо соблюдать апаразитарность – проводить во время хирургического вмешательства комплекс мероприятий с целью профилактики диссеминации и имплантации зародышевых элементов материнской кисты [4]

Одним из дискуссионных вопросов в хирургии эхинококкоза является роль резидуальной фиброзной капсулы кисты в развитии рецидивов и гнойных осложнений [1,7].

Фиброзная капсула эхинококковой кисты представляет собой многокомпонентную тканевую структуру, состоящую из нескольких, переходящих друг на друга слоев: Слой некроза, грануляционный и фиброзно-сосудистый. Выраженность каждого из них значительно варьирует при различных состояниях и локализации кисты. Фиброзно-сосудистый слой при неосложненной кисте имеет толщину до 1мм, а при активации барьерно-защитной функции в перикистозной ткани он может увеличиваться до 5мм и более [6].

Как отмечено в ряде публикаций, с течением времени фиброзная капсула может пропитываться зародышевыми элементами паразита [2,5,9] и микробными телами [7], что обуславливает ряд проблем послеоперационного периода.

В Городской клинической больнице №1 с декабря месяца 2011 года в профилактике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний используется антисептик комплексного действия «Декаметоксин» 0,02%. Препарат выпускается в удобных для применения флаконах по 100, 200, 400 мл и содержит 0,02% декаметоксина – бисчетвертичное аммониевое производное соединение, высокоактивный и быстродействующий препарат, который состоит из синтетической декаметилоновой части молекулы и ментолового эфира масла мяты перечной, - в изотоническом растворе натрия хлорида. Получен хороший результат. Кроме того, в литературе имеются сообщения о том, что «Декаметоксин» 0,02% обладает многокомпонентным действием, в частности,

бактерицидным и мы в своей работе пытались исследовать его антипаразитарное действие [3].

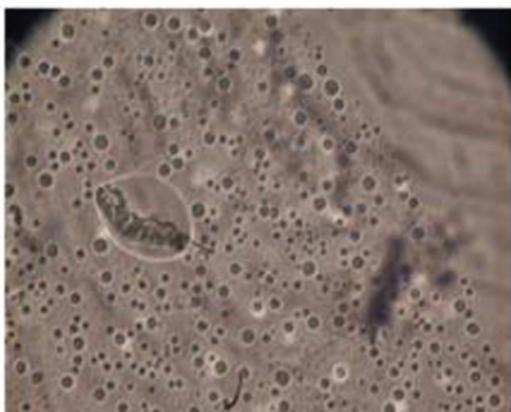
Цель исследования – оценить антипаразитарное действие «Декаметоксина» 0,02% на плодоносные элементы эхинококка.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 40 больных прооперированные с неосложненным и осложненным эхинококкозом печени различной локализации. Мужчин было - 23, женщин – 17, Возраст колебался от 22 до 60 лет.

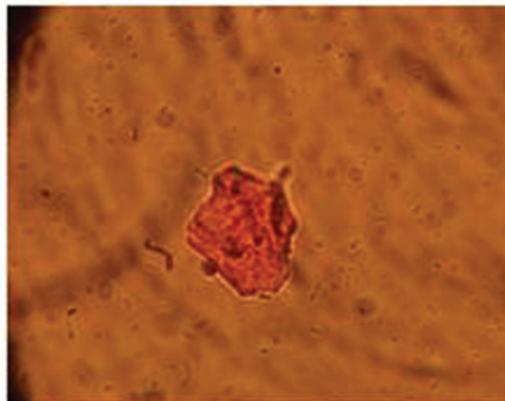
В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это УЗИ, КТ, реакция Казони.

Для определения влияния «Декаметоксина» 0,02% на плодоносные элементы эхинококка у 40 больных мы выполняли исследование содержимого кист сначала *in vitro*: В пробирки набирали эхинококковую жидкость 3 мл и добавляли 3 мл «Декаметоксина» 0,02% с различной концентрацией и исследовали через 1,3,5,8,10 минут. Морфологические изменения сколексов до и после обработки испытуемыми растворами осуществляли микроскопией для определения жизнеспособности по наличию подвижности сколексов и по их окрашиванию 0,1% раствором эозина (рис 1. А, Б, В, Г, Д).

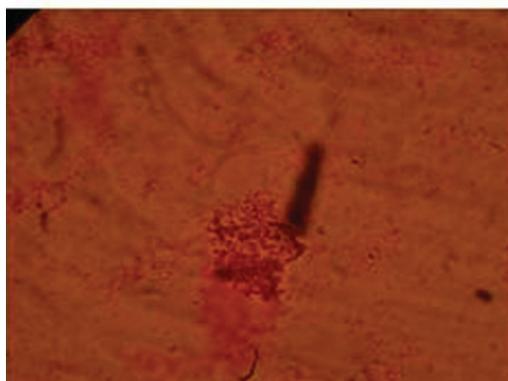
Далее мы продолжили исследование в период обработки кист в момент операции. После пункции кисты с учетом принципов апаразитарности брали содержимое на определение жизнеспособности сколексов. Остаточная полость наполнялась «Декаметоксином» 0,02% в равном объеме с эвакуированной паразитарной жидкостью. После экспозиции раствора и его эвакуации электроотсосом и удаления хитиновой оболочки производили смыв стенок остаточной полости, делали мазки с окрашиванием 0,1% эозином с дальнейшим микроскопированием и оценки жизнеспособности сколексов. Затем дополнительно полость обрабатывали «Декаметоксином» с концентрацией 0,02%. После эвакуации антисептического раствора, заново делали мазок и исследовали жизнеспособность сколексов путем микроскопии. Также делали смывы раны. При обнаружении нарушения целостности хитиновой оболочки, исходя из того мнения, что фиброзная капсула может быть пропитана эхинококковой жидкостью и что



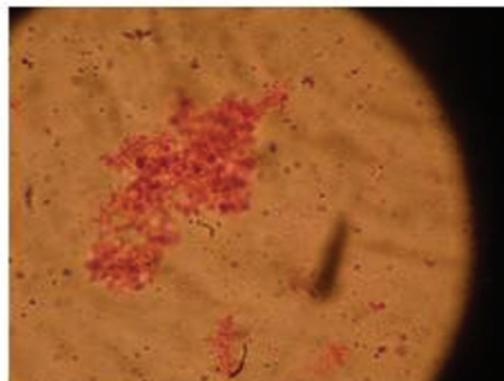
А. Живой сколекс с целой герминативной оболочкой.



Б. Состояние сколекса после экспозиции в одну минуту.



В. Состояние сколекса после экспозиции в три минуты.



Г. Состояние сколекса после экспозиции в четыре минуты.

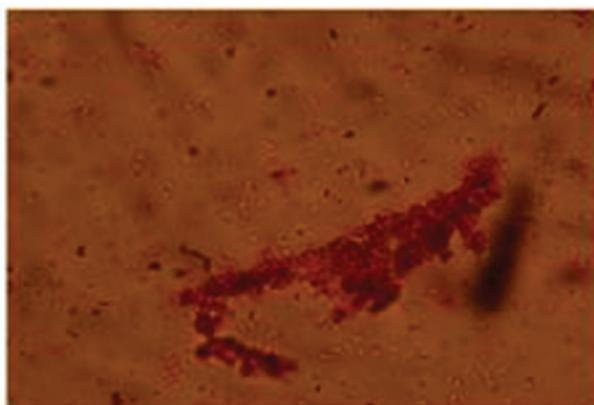


Рис.1.

Д. Состояние сколекса после экспозиции в пять минут.

Таб. 1.

Концентрация «Декаметоксина»	Экспозиция в минутах, % погибших сколексов				
	1мин.	3мин.	5мин.	8мин.	10мин.
0,01%	55	70	90	100	100
0,02%	80	100	100	100	100

сколексы могут пройти в перикапсулярную ткань печени, мы шприцом вводили «Декаметоксин» 0,02% путем впрыскивания в зависимости от оставшейся части фиброзной капсулы после перикистэктомии в количестве от 5 до 15 мл.

Результаты и их обсуждения. При исследовании на жизнеспособность сколексов *in vitro*, установлено, что концентрация «Декаметоксина» 0,02% достаточна с экспозицией 4-5 минут для 100% их гибели. (Табл.1).

При исследовании содержимого кист после 7-8 минутной экспозиции «Декаметоксина» 0,01% установлена 100% гибель сколексов. Что касается концентрации «Декаметоксина» 0,02% то на 3 минуте все плодоносные элементы погибали. А при 4-5 минутной экспозиции появляется возможность пропитывания раствора в фиброзную капсулу и тем самым пагубно влияя на зародышевые элементы эхинококка и микробные тела, что и предупреждает развитие рецидива заболевания. Поэтому считаем, что оптимальное время экспозиции составляет 4-5 минут.

Результаты исследования действия «Декаметоксина» на зародышевые элементы эхинококка (*in vitro*).

Больные оперированные с использованием вышеуказанной методики наблюдались в течение двух лет и наблюдаются. При контрольном обследовании мы не обнаружили случаев рецидива.

Выводы:

1. Препарат «Декаметоксин» обладает высоким сколексоцидным действием.

2. Концентрация «Декаметоксина» 0,02% обеспечивает 100% гибель плодоносного элемента эхинококка с экспозицией 4-5 минут.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения препарата «Декаметоксин» для обеззараживания

плодоносных элементов эхинококка. Метод должен найти внедрение в практику. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамического наблюдения за больными.

Литература:

1. Агаев Р.М. Преимущества лазерного облучения остаточной полости после эхинококкэктомии печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. – Т. 7, №1. – С. 301.
2. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Байбеков И.М., и др. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение // *Хирургия*. – 1999. – №3. – С. 15-17.
3. Ефименко Н. А., Гучев И. А., Сидоренко С. В. *Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика*. – Смоленск, 2004.
4. Вафин А.З. *Апаразитарность хирургических вмешательств и антипаразитарность при эхинококкозе* // *Хирургия*. – 1993. – №4. – С. 70-74.
5. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. *Хирургическое лечение эхинококкоза печени* // *Хирургия*. – 1977. – №9. – С.23-28.
6. Исламбеков Э.С., Байбеков И.М. *Ультраструктура капсулы паразита и прилегающей к ней ткани при эхинококкозе легких* // *Мед. Паразитология и паразитарные болезни*. – 1982. Т. 60, №5. – С.27-30.
7. Кахаров М.А., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., и др. *Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени* // *Хирургия*. – 2003. – №1. – С. 31-35.
8. Нишанов Х.Т. *Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени*. Дис. д-ра мед. наук, 1992.
9. Шульга Л.Ф., Вдовин Р.П., Ленартович А.К. *Наблюдение эхинококкоза печени у ребенка* // *Клин. хирургия*. – 1990. – №6. – С. 56.
10. Яроцкий Л.С. *Эпидемиолого - эпизоотологические особенности эхинококкозов и методологические основы эпидемиологического надзора за ними* // *Эхинококкозы*. – М., 1990. – С. 5-15.
11. Massoud W. *Lapascopic excision of single hepatic hydatid cyst*. *Int Surg* 1996; 81:1: 9-13.
12. Khamidov M.A., Medjidov R.T., Isaev M.N. *Lapascopic treatment of liver cysts. Joint Evro-Asian Congress of Endoscopic Surgery (Istanbul-Turkey, 17-21.06.97). Istanbul 1997; 69.*

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Бейшенбаев Р.К., Ажыбаев М.Р.

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

Резюме: Рассмотрен опыт изучения 56 больных механической желтухой различного генеза. Лечебную тактику основывали на верификации диагноза, комплексной оценке состояния больных. Показана необходимость предоперационной коррекции функции печени. Изменения в печени и других органах, возникающие при механической желтухе, являются главной причиной высокой летальности после операции, выполненных на фоне механической желтухи, определены принципы лечения в зависимости от генеза механической желтухи.

Ключевые слова: механическая желтуха, печеночная недостаточность, холангит, эндотоксемия, интенсивная терапия.

МЕХАНИКАЛЫК САРГАЮУНУН АР ТҮРДҮҮ СЕБЕПТЕРИ ЖАНА ДАРЫЛООНУН ОПТИМАЛДУУ ЖОЛДОРУН ТАНДОО

Бейшенбаев Р.К., Ажыбаев М.Р.

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

Корутунду: Ар түрдүү механикалык саргаюу менен 56 бейтапка тажрыйба жүргүзүлдү. Дарылоо ыкмасын дартты аныктоо менен, бейтаптын жалпы абалын жана операцияга чейинки боордун иштөө функцияларына таяндык. Механикалык саргаюдан кийинки боордогу жана башка органдардагы өзгөрүүлөр ар кандай оор жоготуулардын негизги себеби болуп келет. Механикалык саргаюунун жана анын дарылоо ыкмасы аныкталды.

Негизги сөздөр: механикалык саргаюу, боор жетишсиздиги, холангит, эндотоксемия, интенсивдүү терапия.

THE CHOICE OF OPTIMAL TACTIC OF MANAGEMENT OF PATIENTS WITH SYNDROME OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF DIFFERENT GENESES

Beishenbaev R. K. Ajybaev M. R.

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

Resume: It is examined experience of the study 56 patients with obstructive jaundice of various origins. Treatment policy was based on the verification of the diagnosis, a comprehensive assessment of the patients. The necessity of correcting preoperative liver function. Is given changes in the liver and other organs, resulting in obstructive jaundice are the main cause of the high mortality after surgery performed on the background of jaundice, the principles of treatment depending on the genesis of obstructive jaundice are determining.

Key words: jaundice, liver failure, cholangitis, endotoxemia, intensive therapy.

Введение. Несмотря на активное внедрение в клиническую практику современных диагностических и лечебных технологий проблема диагностики и лечения механической желтухи (МЖ) остается одной из трудноразрешимых до настоящего времени задач клинической хирургии.

МЖ – синдром развивающийся при различных доброкачественных и злокачественных заболеваниях, вызывающих нарастающую закупорку желчных протоков (ЖП). Каждое из заболеваний, вызвавших МЖ, имеет

свою специфику и резко отличается друг от друга (холедохолитиаз и опухоль головки поджелудочной железы), однако фон на котором они протекают (МЖ) остается одинаковым. Именно этот фон в значительной степени и определяет состояние больного и исход заболевания.

Многочисленные исследования [1,2] показывают, что выполнение операций на высоте МЖ, особенно продолжительной, увеличивает риск развития послеоперационных осложнений до 50-70% и сопровождается

высокой летальностью (10-45%).

МЖ вызывает тяжелые гемодинамические, метаболические, коагуляционные, иммунные изменения организма, приводящие к функциональным и морфологическим нарушениям печени и других жизненно важных органов и систем [3,4,5].

Цель. Разработать оптимальную тактику предоперационного ведения больных с МЖ различного генеза.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии проходили обследование и лечение 56 больных с синдромом МЖ. Мужчин было 19, женщин 37. Возраст больных варьировал от 36 до 68 лет (средний возраст $51 \pm 2,3$ года). Все пациенты с учетом этиологии МЖ были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли пациенты с доброкачественной этиологией МЖ, 2- злокачественного генеза. При этом отметим, что из 1 группы (п-40) женщин было 32, а мужчин 8, в то время как при опухолевой причине синдрома МЖ (п-16) мужчин было 11, а женщин – 5.

Кроме клинической оценки, для определения холестаза и цитолиза у всех больных исследовали биохимические показатели крови, уровень трансаминаз и щелочной фосфатазы. Особое значение придавали определению свободного и связанного билирубина крови.

УЗИ выполняли всем пациентам прежде всего для оценки состояния печени, поджелудочной железы, протоковой системы и выявления признаков желчной гипертензии, его этиологии и уровня блока. Чувствительность и специфичность метода в 1 группе составила 96% и 75% во второй, при этом чувствительность УЗИ снижалась если размер опухоли был менее 1 см. Для определения причины и уровня нарушения проходимости желчевыводящих путей у больных с без болевой формой желтухи проводили компьютерную томографию (КТ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), последнее исследование выполняли пациентам для оценки состояния большого сосочка 12-перстной кишки (БСДПК) и исключения других заболеваний.

Результаты и их обсуждения. В результате оценки лабораторной диагностики выявлено, что повышение у больных определенных показателей клинического анализа крови указывает в основном на воспалительный процесс, а активность печеночных ферментов на изменение функции органов

гепатопанкреатодуоденальной зоны, вызванное нарушением оттока желчи. Наиболее значимой информацией являются биохимические показатели крови, особенно у больных 1 группы. Так, повышение уровня общего билирубина, в основном за счет ее прямой фракции, позволяло подтвердить механический генез желтухи и этот критерий можно использовать в дифференциальной диагностики.

Мы пришли к мнению, что очень важно осмыслить важность и значение тех изменений в печени, которые наступают пристойкой МЖ, так как недооценка этого момента порой и является основной причиной не удовлетворительных результатов при выборе и объеме оперативного лечения МЖ.

Общеизвестно, что патологические изменения в печени развиваются пропорционально продолжительности холестаза, а выраженность этих изменений в органе зависит от темпа нарастания желчной гипертензии.

При доброкачественной МЖ (32 – холедолитиаз, 2 – синдром Мирризи, и 6 больных с рубцовой стриктурой различного уровня). Заболевание возникло остро (холедохолитиаз) с приступом боли, нередко с лихорадкой, ознобом. Эта симптоматика позволяла быстро госпитализировать больных, желтуха в этой группе больных была кратковременной, билирубинемия не высокая (до 100 мкмоль/л), но у многих превалировала картина гнойной интоксикации и холангита. В такой ситуации проводить длительную предоперационную терапию, направленную на защиту гепатоцитов и борьбу с интоксикацией не считали приоритетной, так как на этом этапе не было высокого риска развития осложнений МЖ. Оптимальным в этой группе больных явился выбор активного хирургического вмешательства. Такая тактика подтверждалась благоприятным течением послеоперационного периода у большинства пациентов. (нагноение раны – у 6, реактивный плеврит -1). Осложнения составили 17,5%.

Другая ситуация развивается во 2 группе больных с МЖ опухолевой этиологии. У них желтуха была без болевой, развивалась на фоне слабости и общего недомогания. Сроки обращения пациентов в нашу клинику удлинялись от 1-2 недель. Основной причиной поздней госпитализации являлось затруднение в постановке диагноза. Так некоторые больные находились в инфекционном отделении с

подозрением на паренхиматозную желтуху, другие из-за отсутствия субъективных проявлений болезни. Так или иначе, эта группа поступила к нам с высокой билирубинемией (более 250 мкмоль/л) и длительной желтухой. Это именно те больные, для которых МЖ представляет большую опасность. Тактика лечения в этой группе применялась иная.

В данном случае некоторые авторы [5] считают целесообразным выполнение двухэтапного вмешательства, производя предварительное дренирование желчных путей. Однако есть и другое мнение [3] – анализ эффективности предоперационного билиарного дренирования вызванной злокачественной опухолью показал, что эта тактика не имеет преимуществ от исходной, а повышает риск развития осложнений, связанных с проведением методов декомпрессии желчных протоков. Таким образом, в вопросе о предварительной декомпрессии у больных с МЖ злокачественной этиологии нет согласованного мнения.

В ходе исследования мы обратили внимание на одну закономерность, что из второй группы больных после операции у 4-х, у которых была длительная МЖ и высокая билирубинемия в первые дни после декомпрессии ЖП происходит ухудшение состояния, усиление энцефалопатии и увеличение уровня общего билирубина на 30-60 мкмоль/л. То есть, имело место развитие печеночной недостаточности, которая не имела такой явной картины до операции. Операционная травма, ее объем и длительность на фоне стойкой, «высокой» МЖ приводит к декомпенсации исходных метаболических нарушений, эндотоксикоза и прогрессирование синдрома печеночной недостаточности.

Таким образом, мы считаем обоснованным применение гепатопротекторов, инфузионных препаратов-антигипоксантов до и после операции у больных относящихся к 2 группе исследования, как перспективный метод

интракорпоральной детоксикации имеющий целью компенсации эндотоксикоза у данной категории больных, что заметно снижает риск развития острой послеоперационной печеночной недостаточности и полиорганной дисфункции.

Выводы. Механическая желтуха и ее последствия являются мощной основой развития осложнений, имеющих полиэтиологичный характер. В связи с этим необходим индивидуальный, обоснованный подход к выбору оптимальной программы диагностики и лечения.

Целесообразно выделение групп больных в соответствии с этиологическими факторами заболевания, тяжестью его течения и осложнений, определяющих рациональные диагностические, тактические и технические решения в сочетании с адекватной интенсивной терапией на всех этапах лечения таких больных, что обеспечивает уменьшение частоты летальных исходов, особенно среди лиц пожилого возраста, и повышает качество их жизни.

Литература:

1. Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. - 2005. - №10. - С. 40-45.
2. Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе // Российский журнал гепатологии, колопроктологии. - 1999. - №3. - С. 18-24.
3. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. Медицина: 2006. - 326с.
4. Патютко Ю.И., Котельников А.Г. Рак поджелудочной железы: диагностика и хирургическое лечение на современном этапе // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - №11. - С. 96-111.
5. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. - 1998. - №9. - С. 52-59.

ОПТИМИЗАЦИЯ СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРИПТОРХИЗМОМ

Даниленко Ю.Л., Омурбеков Т.О., Эсембаев Б.И., Порошай В.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Под нашим наблюдением находились 298 больных крипторхизмом в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Всем больным было проведено оперативное лечение различными методами. В результате анализа полученных данных установлено, что частота встречаемости гипоплазии яичка увеличивается с возрастом ребенка. Отдельную группу больных составили прооперированные дети в возрасте 6-12 месяцев (всего 12 больных).

Ключевые слова: Крипторхизм, дети, сроки хирургического лечения, гипоплазия яичка.

БАЛДАРДЫН КРИПТОРХИЗМИН ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛОО МӨӨНӨТҮН ЫНГАЙЛАШТЫРУУ

Даниленко Ю.Л., Омурбеков Т.О., Эсембаев Б.И., Порошай В.Н.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду: 2009-2013 жылдын аралыгында ШМТЖ БКБнын урология бөлүмүндө 298 оорулуу балдар 6 айдан 15 жашка чейин крипторхизм менен каралды. Баардык балдарга ар түрдүү ыкмалар менен операция жасалды. Изилдөөлөрдүн натыйжасында баланын жашы канча улуу болсо, жумуртканын гипоплазиясынын саны көбөйүүдө. Өз алдынча топту 6 айдан 1 жашка чейинки операция болгон балдар 12.

Негизги сөздөр: Крипторхизм, балдар, оперативдик дарылоонун мөөнөтү, жумуртканын гипоплазиясы.

OPTIMIZATION OF DATES IN THE SURGICAL TREATMENT OF CHILDREN WITH CRYPTORCHIDISM

Danilenko I.L., Omurbekov T.O., Esenbaev B.I., Poroshai V.N.

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. There were 298 male children from 6 month up to 15 years old with undescended testis in our research. All the patients were surgically treated by various methods. In the analysis of received results we installed increasing cases a hypoplasia of testis in senior group children. In the special group in age from 6 month up to 1 year old were 12 patients.

Key words: cryptorchidism, children, dates in the surgical treatment, hypoplasia of testis.

Актуальность. Крипторхизм относится к одной из распространенных урологических патологий детского возраста [1,5].

Термин «крипторхизм» означает анатомический вариант необычного расположения яичек, остановившихся или уклонившихся на пути естественного продвижения в мошонку. Чаще яичко задерживается в паховом канале, реже в брюшной полости. Частота встречаемости крипторхизма сразу после рождения составляет приблизительно 4-5%, но в большей части случаев процесс опущения яичка в мошонку продолжается в первые 3 месяца жизни ребенка, после чего встречаемость крипторхизма в популяции по данным разных авторов колеблется в пределах от 1% до 3%. [1,6,7]. Актуальность данной патологии заключается в прямой угрозе быстрого развития дегенерации в клетках яичка

при отсутствии диагностики или неправильной тактики лечения (откладывание сроков оперативного лечения наиболее старший возраст ребенка). При отсутствии адекватной терапии, данная патология может привести в дальнейшем к отсутствию или снижению репродуктивной функции значительного числа пациентов (40-60%), риск развития бесплодия у мужчин в репродуктивном периоде при двустороннем крипторхизме доходит до 70% [1,2,4].

До сих пор все еще не разработаны основные принципы тактики лечения крипторхизма. Наличие множества методов оперативного лечения крипторхизма говорит о постоянных поисках новых методов лечения данной патологии. Хочется обратить особое внимание на отсутствие единого взгляда на выбор сроков оперативного лечения. Существует

множество противоречивых данных в отношении сроков проведения операции, но все исследователи сходятся на том, что операцию надо производить до начала пубертата. [1,3] Хотя в последнее время наблюдается явно выраженная тенденция к более ранней операции низведения с целью сохранения функции яичка, мнения в отношении оптимального возраста все еще остаются крайне противоречивыми. Изученные нами литературные данные показывают, что за прошедший период в 80 лет сроки оперативного лечения крипторхизма варьировали: 12-14 лет, 3-5 лет, до 4-х лет, 2 года. В настоящее время, с теми или иными вариациями сохраняются две тенденции - раннее хирургическое вмешательство вплоть до операции в грудном возрасте [2] и отсроченная операция - в 4-6-летнем возрасте [6].

Цель исследования. Основной целью нашего исследования являлось определение сроков оперативного лечения крипторхизма, изучение ближайших результатов лечения больных с крипторхизмом прооперированных в раннем возрасте.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением за период с 2010 по 2013 год на базе Городской Детской Клинической Больницы Скорой Медицинской Помощи г.Бишкек, отделений Урологии и Хирургического отделения дневного пребывания, находилось 298 больных в возрасте от 6 месяцев до 15 лет. Была проведена группировка больных по возрасту в соответствии с поставленной целью исследования: 1-ю группу составили больные дети в возрасте от 1 до 3-х лет, 2-ю группу - дети от 3-х до 5-ти лет, 3-ю группу - дети с 5 до 7-ми лет, 4-ю группу - с 7 до 10 лет, 5-ю группу - дети старше 10 лет. Контрольную 6-ю группу больных составили прооперированные дети в возрасте 6-12 месяцев (всего 12 больных).

Из 298 (100%) прооперированных больных, односторонний крипторхизм отмечался в 270 случаях (90,6%), из которых правосторонний у 164 больных (61%), левосторонний у 106-ти больных (39%). Двухсторонний крипторхизм был у 28-х больных (9,4%).

Отдельную контрольную группу больных составили прооперированные дети в возрасте 6-7 месяцев всего 12 больных, из которых правосторонний крипторхизм оказался у 7-ми больных, левосторонний у 3-х больных, двухсторонний у 2-х больных.

Перед лечением у всех больных собирался тщательный анамнез, проводились общепринятые методы обследования - Развернутый анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ мошонки и паховых каналов, УЗИ органов брюшной полости, доплерография сосудов яичка, гормональные исследования.

Больным с 1-ой по 5-ю группы было проведено оперативное лечение по методу Торека-Герцена или Соколова. Интраоперационно оценивалось состояние яичка, наличие и развитие элементов семенного канатика и сосудов яичка. Проводилось измерение размеров яичка.

Больным контрольной группы метод оперативного лечения подбирался индивидуально. При достаточной длине сосудов яичка, семенного канатика и его элементов использовался метод Соколова с нашей модификацией. Сущностью модификации является формирование площадки на дне мошонки для лучшей фиксации яичка. Для этого перед низведением яичка, через инвагинированную в рану мошонку проводится рассечение внутренних слоев мошонки до кожи с целью формирования рубца. Однако в большинстве случаев предпочтение отдавалось методу Торека-Герцена, который обеспечивает надежную фиксацию яичка ко дну мошонки. Таким образом, нашей задачей было достичь одновременно 2 цели - сохранить адекватное кровоснабжение яичка и обеспечить надежную фиксацию яичка на дне мошонки. Ранний срок оперативного лечения больных был выбран для предупреждения развития дегенерационных процессов в не опущенном яичке. В целом тактика, принятая в нашей клинике, дает все предпосылки для дальнейшего нормального развития и функции яичка.

Контрольная группа больных была обследована повторно через 6 месяцев после оперативного лечения. Большинство этих больных были жителями города Бишкека и ближайших районов, поэтому мы имели возможность проследить результаты операции в динамике 6-ти месяцев.

Результаты и обсуждение.

Всего за период в 4 года обратилось 298 пациентов. Отмечалось преобладание позднего обращения у сельских больных. Всем больным было проведено оперативное лечение в плановом порядке различными методами.

Интраоперационно оценивалось состояние, размеры яичка, наличие семявыносящих протоков и сосудов яичка.

Отдельную группу составили дети, прооперированные в сроке от 6 месяцев до 1 года. Их количество составило 12 пациентов. Интраоперационно мы оценили состояние не опущенного яичка в каждой группе больных. Результаты приведены в таблице 1.

Как видно из таблицы 1, чаще всего больные обращались в возрасте от 3-х до 5-ти лет - 84 больных (32,5%) из них гипоплазия яичка оказалась у 23 больных (27,3%). Далее видно, что с увеличением возраста больных, также возрастает кол-во случаев гипоплазии:

С 5 до 7 лет - 19 случаев из 41-х больных (22,6%).

С 7 до 10 лет - 17 гипоплазий из 38 больных (20,2%)

Старше 10 лет - 15 из 26 (17,8%)

В контрольной группе пациентов, прооперированных по установке клиники с 6 месяцев до 1 года, случаев гипоплазии яичка не было.

Размеры опущенного яичка соответствовали нормальному яичку, находившемуся в мошонке с рождения.

В дальнейшем, наблюдая в динамике в течении 6 месяцев за контрольной группой прооперированных детей, мы оценили ближайшие результаты лечения по следующим параметрам и выделили 4 вида результатов лечения:

1. Результат считался отличным, если яичко после низведения соответствовало размерам здорового яичка, располагалось на дне мошонки, становилось упругим по консистенции и подвижным.

2. Результат считался хорошим, если яичко после низведения располагалось на дне мошонки, но по своим размерам оставалось прежним.

3. Результат считался удовлетворительным, если яичко после низведения по своим клиническим данным оставалось прежним, но располагалось в верхней половине мошонки.

4. Неудовлетворительный результат - если

Таблица №1

Наличие гипоплазии яичка у больных с крипторхизмом в зависимости от сроков оперативного лечения

Возраст (лет)	Односторонний	двухсторонний	гипоплазия
С 6 месяцев до 1 года	10(3,7%)	2(6,6%)	-
С 1 года до 3 лет	69 (25,7%)	6 (20%)	10 (11,9%)
С 3х до 5-ти лет	84 (31,3%)	14 (46,6%)	23 (27,3%)
С 5 ти до 7 лет	41 (15,3%)	4 (13,3%)	19 (22,6%)
С 7 до 10 лет	38 (14,2%)	3 (10%)	17 (20,2%)
Старше 10 (10-15 лет)	26 (9,7%)	1 (3,3%)	15 (17,8%)
ВСЕГО:	268 (89,9%)	30 (10,1%)	84 (28,2%)

Таблица №2

Ближайшие результаты лечения больных прооперированных в раннем сроке по установке нашей клиники. (всего 12 больных)

Результат	Количество больных
отличный	7
хороший	3
удовлетворительный	2
неудовлетворительный	-

после операции произошла ретракция яичка в паховую область.

Как видно из таблицы 2, почти у всех больных ближайший результат лечения оказался отличным или хорошим. Гипоплазии яичка у больных данной группы обнаружено не было.

Выводы:

Таким образом, лечение крипторхизма у детей в более раннем возрасте дает лучшие результаты, так как частота встречаемости гипоплазии увеличивается с возрастом. Уже в возрасте старше 2 лет наблюдаются морфологические изменения в тканях неопустившихся яичек, что свидетельствует о необходимости проведения лечения в раннем возрасте (6мес-1год).

Ближайший результат лечения больных прооперированных в раннем сроке оказался хорошим.

Необходимо провести исследование отдаленных результатов лечения крипторхизма и принять более ранние сроки оперативного лечения (6 мес-1 год). Необходимо улучшить диагностику крипторхизма в более раннем возрасте на первичном уровне.

Литература:

- 1.Ерохин А.П. Крипторхизм-М.,Медгиз,1995-344 с
2. П. Васильев, В.И. Хирургическая тактика при крипторхизме / В.И. Васильев // Андрология и генитальная хирургия. 2001. - №1. - С.68-71.
3. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.А. Ашкрафт, Т.М. Холдер. Спб.: Пит-Тал, 1997. -Т.2. - 392с
- 4 . Волкова, О.В. Эмбриогенез и возрастная гистология внутренних органов человека / О.В. Волкова, М.И. Пекарский М.И. М.: Медицина, 1976. -416с.
- 5.Лоншаков, Б.В. Крипторхизм, методы оперативной коррекции с учетом уровня ретенции яичка / Б.В. Лоншаков, В.Н. Стальмахович, А.И. Лавренчик // «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии»: Материалы IVсерос. конгресса. Москва, 2002. - С.485.
- 6.Абдурахманов Х.И., Хирургическое комбинированное лечение крипторхизма у детей в зависимости от его клинических особенностей. Автореферат. Москва,1986.
- 7.Методические рекомендации.Диагностика и лечение крипторхизма у детей.Москва,1990.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

М.К. Жаманкулова

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

Резюме: Оперировано 136 больных по поводу паховых грыж, из них у 18 применен классический метод Лихтенштейна, а у остальных модифицированный метод. После операции у 4 выявлен инфильтрат, других осложнений не наблюдали. 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

М.К. Жаманкулова

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

Корутунду: Чурай чурку оорусу менен 136 бейтап операция жолу менен дарыланган, алардын он сегизине классикалык Лихтенштейн ыкмасы колдонулса, калгандарына Лихтенштейн ыкмасынын модификацияланган туру колдонулду. Операциядан кийин 4 бейтапта жараттын инфильтрат кабылдоосу байкалды, башка кабылдоолор болгон жок. 6 айдан 18 айга чейинки убакытта оорунун кайталанышы байкалган жок.

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

MODERN METHODS IN INGUINAL HERNIA TREATMENT

M.K. Zhamankulova

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

Resume: 136 patients with inguinal hernia were operated, 18 of them were operated by means of Lichtenstein method, and the others were operated by the modified method. There was infiltrate in 4 patients after operation, and there were no other complications. During the control examination in the period from 6 to 18 months there were no recurrences.

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

Наружные грыжи живота являются одной из часто встречающейся хирургической патологией, их частота колеблется от 3 до 7 % населения и составляет 10-12 % объема работы общехирургических стационаров [1,3,4]. Подавляющий процент всех грыженосителей приходится на паховые грыжи это 75-80 % [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 превышают 1 % [2,6,9], это подтверждает Европейское сообщество исследователей грыжи (European Hernia Trialists Collaboration), 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 2011 года, в хирургическом отделении ГКБ №1 было пролечено 136 больных с паховыми грыжами по методу Лихтенштейна с использованием полипропиленовой сетки. Возраст их колебался от 17 до 85 лет. Большинство пациентов были мужчины – 130 больных, женщин было 6, лиц трудоспособного возраста - 69. Грыжи с правосторонней локализацией встретились у 69 (50,7%), левосторонней – у 58 (42,6%). У 9 (6,6%) пациентов была выявлена двусторонняя локализация паховых грыж, из них у 8 произведена аллопластика одновременно с двух сторон, одному – односторонняя, в связи с тяжелым сопутствующим заболеванием. При исследовании больных у 80 (58,8%) больного выявлена косая и у 55 (40,4%) прямая паховые грыжи, у одного с двусторонней локализацией паховой грыжи имелась комбинированная форма грыжи, т.е. определялись и прямая, и косая паховые грыжи, что составило 0,8% от общего числа больных.

Необходимо отметить, что доля больных с большим сроком грыженосительства довольно высока. Давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 13 лет.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ и флюорография органов 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 18 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 расходуется больше фиксирующего материала, который в большей степени травмирует и инфицирует ткани, что в свою очередь может послужить причиной развития ранних послеоперационных осложнений и длительному болевому синдрому.

В связи с этим нами разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза (рационализаторское предложение № 17/12 от 06.04.2012г.), 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 и 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, вверху – 3 узловыми швами к внутренней косой мышце, внизу – 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 35 больных, которые обратились уже при возникновении таких осложнений как невосприимчивость грыжевого мешка – 3 и ущемление - 32. С целью профилактики послеоперационных осложнений 27 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 (рационализаторское предложение

№ 14/13 от 2.05.2013), остальным – только лишь антибиотикопрофилактика до и к концу операции.

Результаты и их обсуждение

Подавляющая часть больных оперированы под внутривенным наркозом – 113 больных, 5 - под местной анестезией и 18 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 4 отмечен воспалительный инфильтрат, у одного из которых герниопластика производилась под местной анестезией, а у 3 – грыжесечение по поводу невримы грыжи. Необходимо отметить что, инфильтрат возник у больных с невримой 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 оставалась в пределах нормы, повышение температуры тела до 37,5°C отмечено лишь у 7 больных с осложненными формами паховых грыж, одному из которых во время операции проводилась обработка раны озонированным физиологическим раствором.

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 3,2±0,2 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 89 больных в сроки от 6 месяцев до 1 года. Из них у 10 было выполнено грыжесечение по классическому методу Лихтенштейна, а остальным - по усовершенствованной нами методике. Из 10 больных у 2 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 Лихтенштейну, 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. Шестаков и др.] // Анналы хирургии. -2002. - №2. - С.54-59.
6. Тоскин К.Д. Грыжи живота [Текст] / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1983. - 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. Gilbert A.I. Pitfalls and complications of inguinal hernia repair [Text] / A.I. Gilbert; 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 extraperitoneal hernioplasty 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.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ибраимов Д.С., Мусаев А.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Под наблюдением находились 19 больных с кистами поджелудочной железы, у 16 операция выполнена по традиционной методике и 3 пациентам произведена одномоментное двойное дренирование кисты поджелудочной железы. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались.

Ключевые слова: поджелудочная железа, ложные кисты поджелудочной железы, ультразвуковое исследование, оперативное лечение.

УЙКУ БЕЗДИН ЫЙЛАКЧАСЫН ОПЕРАЦИЯ АРКЫЛУУ ДАРЫЛОО ЫКМАСЫН ТАНДОО

Ибраимов Д.С., Мусаев А.И.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык оорукана

Бишкек, КыргызРеспубликасы

Корутунду: Уйку безинин ыйлакчасы менен 19 бейтап байкоого алынды, 15 бейтапка салттуу ыкмасы менен операция жасалды, 3 бейтапка бир убактуу кош сарыктырма түтүкчөсү менен жасалды. Операцияданкийинки кабылдоолор кездешкен жок.

Негизги сөздөр: уйку без, ыйлакча, негизги түрдөгү операциялар, ультрада быштык изилдөө.

THE CHOICE OF SURGICAL METHOD IN PANCREAS CYSTS TREATMENT

D.S. Ibraimov., A.I. Musaev

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital № 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: 19 patients with pancreas cysts were observed, in 16 of them the traditional method of operation was used, and in 3 patients simultaneous double drainage of pancreas cyst was fulfilled. There were no complications in postoperative treatment.

Key words: pancreas, pancreas cystoids, ultrasonic examination performed, surgical treatment.

До недавнего времени киста поджелудочной железы считалась редкой патологией. В 50-60 годы наблюдения отдельных крупных клиник Европы не превышали 3-5 случаев. Кистозные поражения поджелудочной железы в структуре хирургических больных составляли 0,006% [1,2]. Начиная с 80-90-х годов, в литературе появляются публикации, насчитывающие уже десятки и более случаев данного заболевания. К 2000-му году частота этой патологии в различных странах мира составляет от 47 до 238 случаев на 1 млн. населения в год [4,6].

Из всех кист поджелудочной железы 84 - 98 % - это постнекротические кисты, то есть результат перенесенного панкреонекроза, травмы поджелудочной железы или прогрессирующего

течения хронического панкреатита [3,5]. Необходимо отметить, что острый панкреатит и особенно его тяжелые формы, имеют устойчивую тенденцию к росту [8,10,11]. При этом острый панкреатит сопровождается формированием панкреатической кисты в 11-18 % случаев, а при деструктивных формах панкреатита частота образования панкреатических кист достигает 50-60% случаев.

У больных с кистами поджелудочной железы в процессе их формирования часто возникают такие грозные осложнения, как перфорация, кровотечение, нагноение, сдавление общего желчного протока и механическая желтуха, непроходимость желудочно-кишечного, тракта и др. [7,9,12].

Таким образом, у 10-60 % больных с острым панкреатитом и травмой поджелудочной железы на том или ином этапе развития патологического процесса возникает необходимость применения лечебных мероприятий в связи с формированием кист поджелудочной железы. Успех адекватной хирургической тактики при панкреатических кистах в таких случаях влияет на конечный результат лечения острого панкреатита и травмы поджелудочной железы.

Цель работы: Улучшить результаты оперативного лечения больных с кистами поджелудочной железы за счет усовершенствования техники операций.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования является результаты обследования и хирургического лечения 19 больных с кистозным поражением поджелудочной железы в возрасте от 30 до 83 лет. У большинства пациентов выявлены воспалительные кисты поджелудочной железы-15, посттравматическая киста обнаружена у одной больной вследствие тупой травмы, а у одной больной диагностирован абсцесс головки поджелудочной железы. У двух больных имели место опухолевые кисты поджелудочной железы. Давность заболевания составляла от 1,5 месяцев до 2-х лет.

Локализация кист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной.

При поступлении помимо общеклинического и биохимического обследования использовали инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Результаты и их обсуждение

Все больные после обследования оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Операционный доступ зависел от расположения кисты поджелудочной железы: если киста локализовалась в головке и в теле – верхнесрединная лапаротомия, если в хвостовом отделе, то – левоподреберная лапаротомия. У одной больной выявлена панкреатоцистоаденома хвостового отдела, которой произведена дистальная резекция поджелудочной железы, еще у одной идеальная цистэктомия хвоста поджелудочной железы. 10-ти пациентам выполнена панкреатоцистогастростомия так как передняя стенка экстрапанкреатической кисты была интимно спаяна с задней стенкой желудка

и размер их не превышал 8 см. Вмешательство дополнялось установлением наружного назокистозного зонда для санации полости кисты антисептиками. У 2-х больных произведен панкреатоцистоэюноанастомоз на выключенной петле по Roux[13], которые также завершились установлением наружного назокистозного зонда. Здесь следует отметить, что длительное стояние наружного назокистозного зонда приносит неудобства больному, вызывая воспаление носовых ходов и ротоглотки. У 2-х больных произведено наружное дренирование нагноившихся кист поджелудочной железы. В послеоперационном периоде проводилось активное промывание полости кисты озонированным раствором, однако облитерация остаточной полости продолжалась в течение 16 и 18 суток соответственно. Интраоперационно в одном случае выявлена цистоаденокарцинома тела поджелудочной железы, ему проведена полиативная операция – наложен обходной гастроэнтероанастомоз, в другом случае у пациентки обнаружен абсцесс головки поджелудочной железы, который был вскрыт и дренирован.

Трем больным произведена операция по разработанной нами методике (рис 1) одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы с наложением панкреатоцистоэюноанастомоза на выключенной петле по Roux, размер кист превышал 10 см.

Ход операции: верхне-срединная лапаротомия, позволяющая полноценно проводить ревизию всех отделов поджелудочной железы, желчевыводящих путей и соседних органов. После выделения стенки кисты выполняли ее пункцию, содержимое кисты направляли на бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование, а участок стенки кисты на гистологическое исследование. После удаления содержимого кисты вскрывали ее полость и осматривали ее, если имелись секвестры и некротические ткани, то производили некрэксектомию. Через верхнюю латеральную стенку в кистозную полость проводили тонкую силиконовую дренажную трубку, фиксировали ее кетгутом и выводил дренаж через отдельную контрапертуру в левом подреберье. Такой дренаж необходим для полной и своевременной эвакуации содержимого кисты, санации ее полости в послеоперационном периоде для предупреждения застоя и

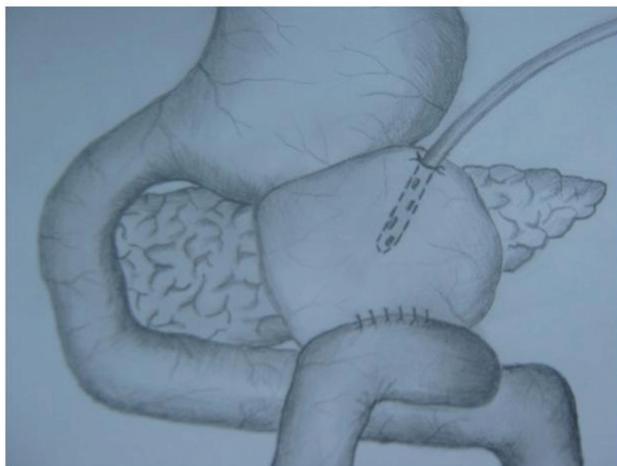


Рис 1. Метод одномоментного двойного дренирования при кистах поджелудочной железы

инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональной состоятельностью анастомоза.

Далее формировали панкреатоцистоюноанастомоз. Для его наложения целесообразно использовать петлю тощей кишки длиной не менее 40 см выключенную Y-образным анастомозом по Roux, что предотвращает или уменьшает возможность возникновения цистодигестивного рефлюкса. Формирование анастомоза с «отключенной» тощей кишкой значительно снижает вероятность инфицирования полости кисты и прогрессирование панкреатита.

В послеоперационном периоде ежедневно через дренажную трубку промывали полость кисты раствором Декасан, контролировали характер и объем отделяемого из полости кисты с обязательным биохимическим исследованием. На 5-6 сутки после операции выполняли рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом. При подтверждении уменьшения полости кисты, удовлетворительной эвакуации контраста и отсутствия отделяемого дренажную трубку удаляли. В послеоперационном периоде ни у одного больного мы не наблюдали осложнений. Пребывание в стационаре, в среднем, составило $11 \pm 0,32$ койко-дней. У всех больных при контрольном УЗИ кистозных образований поджелудочной железы не обнаружено, анастомоз состоятельный и функционирует.

Таким образом, наши исследования показали возможность улучшения результатов оперативного лечения кист поджелудочной железы.

Выводы:

1. Острое и хроническое воспаление поджелудочной железы, а также травмы приводят к возникновению кист поджелудочной железы.
2. Традиционные методы оперативного лечения имеют много недостатков.
3. Использование одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы предотвращает возникновение анастомозита, цистодигестивного рефлюкса, обеспечивает более быструю облитерацию полости кисты и ведет к сокращению сроков стационарного лечения.

Литература:

1. Бакулев А.Н., Виноградов В.В. Клиника и хирургическое лечение кист поджелудочной железы // *Хирургия.* - 1952. - №2. - С. 22-32.
2. Брюсов П.Г., Заикин А.И., Ефименко Н.А. Комплексное лечение различных форм острого панкреатита // *Материалы первого Московского международного конгресса хирургов.* Москва. - 1995. - С. 165-166.
3. Бондарчук, О. И. Особенности лечения нагноившихся псевдокист поджелудочной железы / О. И. Бондарчук, Т. А. Кадошук // *Анналы хирургической гепатологии.* - 1999. - Т. 4, № 2. - С. 147-148.
4. Гостищев, В. К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев, А. Н. Афанасьев, А. В. Устименко // *Хирургия.* - 2006. - № 6. - С. 25-27.
5. Нестеренко, Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. М.: «Бином-Пресс», 2004. - 304 с.

6. Прокофьев, О. А. Псевдокисты поджелудочной железы: какую тактику избрать / О. А. Прокофьев, Г. Г. Ахаладзе, Э. И. Гальперин // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2001. Т. 6, № 2. -С. 100–105. 171
7. Хорев А.Н., Чумаков А.А. К вопросу о выборе тактики при кистах поджелудочной железы *Анналы хирургической гепатологии.*- Материалы 5-й конференции хирургов-гепатологов.- Томск.- 1997. - Т.2 - С. 128-128.
8. Чумаков А.А., Хорев А.Н., Малащенко В.Н., Агапитов Ю.Н., Профилактика формирования псевдокист поджелудочной железы *Анналы хирургической гепатологии.*- 1999. - Т.4. - № 2. - С. 181-181.
9. Шалимов, А. А. *Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения* А. А. Шалимов, Киев «Здоровье», 2000.
10. Beger, H. G. *Diseases of the pancreas* H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron.- 2007.- 950 p.
11. Brugge, W.R. *Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts* / W. R. Brugge *Curr Opin Gastroenterol.*- 2004.-Vol.20.-P.488–492.
12. Naoum, E. *Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience* / E. Naoum [et al.] // *J Hepatobiliary Pancreat Surg.*- 2003.-Vol.10.-P.373–376.
13. Rau, B. *Long-term follow-up after surgical and interventional management of postacute pancreatic pseudocysts: a 20 year single center experience* / B. Rau, C. Golling, H. G. Beger // *Pancreas.*-2001.-Vol. 23.-P.457-458.



ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД ИМЕНИ САНЖАРБЕКА ДАНИЯРОВА

По итогам конкурса молодых ученых лучшему докладу присуждается **ПРЕМИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА С.Б. ДАНИЯРОВА** с целью повышения престижа занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых ученых.

Фонд полагает, что такая форма поощрения будет содействовать:

- ИНТЕРЕСУ СТУДЕНТОВ И АСПИРАНТОВ МЕДИКОВ К НАУЧНОЙ РАБОТЕ
- УСТАНОВЛЕНИЮ ВЫСОКОЙ ПЛАНКИ КАЧЕСТВА РАБОТ НАЧИНАЮЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
- РАСШИРЕНИЮ КУЛЬТУРНОГО КРУГОЗОРА МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ И РАЗВИТИЮ ТВОРЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ.

ПРЕМИЯ: Поездка в Москву, столицу Российской Федерации, с посещением культурных центров города: музеев, картинных галерей, театров, исторических мест и архитектурных достопримечательностей.

Победителю также будет вручен Почетный Диплом Фонда Санжарбека Даниярова.

ПРОЦЕДУРА ВЫБОРА КАНДИДАТА:

Премия будет вручена победителю Конкурса молодых ученых, учрежденного руководством КГМА. Победитель Конкурса будет определен Жюри конкурса в соответствии с Положением о конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, без участия Фонда.

АЛЛОПЛАСТИКА ГРЫЖЕВЫХ ВОРОТ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

Касымов А.А., Мусаев А. И., Жаманкулова М.К.

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

Резюме: Пролечено 13 больных с послеоперационными вентральными грыжами в возрасте от 25 до 76 лет, среди них было 6 мужчин и 7 женщины. Всем была произведена герниопластика модифицированным методом.

Ключевые слова: полипропиленовая сетка, грыжи, вентральные, лечение, осложнения, аллопластика.

ОПЕРАЦИЯДАН КИЙН ЧУРКУСУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОДО АЛЛОПЛАСТИКАНЫН КОЛДОНУЛУСУ

Касымов А.А., Мусаев А. И., Жаманкулова М.К.

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

Корутунду: 25 жаштан 76 жашка чейинки операциядан кийн чуркусу менен жабыркаган 13 оорулуу дарыланды, анын ичинен 6-эркек, 7-аял. Алардын баары биздин ооруканада жаныланган ыкмасы колдонулган.

Негизги сөздөр: чурку, дарылоо, кабылдоо, аллопластика.

ALLOPLASTY OF HERNIAL HILUS IN POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Kasymov A.A., Mysaev A.I., M.K. Zhamankulova A.I.

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

Resume: We treated 13 patients aged 25 to 76 years with postoperative ventral hernia. There were 6 males and 7 females among them. Hernioplasty by modified method was performed in all the patients.

Key words: polypropylen mesh, hernia, ventral, treatment, complications, alloplasty.

Хирургическое лечение грыжи передней брюшной стенки до настоящего времени остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. Распространенность данного заболевания связана с увеличением количества и расширением объема операций на органах брюшной полости, ростом числа повторных операций, а также неуклонным ростом среди оперируемых больных лиц пожилого и старческого возраста [5, 14].

Результаты традиционной пластики грыжевых дефектов передней брюшной стенки местными тканями далеко не всегда бывают удовлетворительными. Пластика больших дефектов брюшной стенки обычно сопровождается натяжением, что приводит к рецидиву грыжи у 30—60% больных [1, 3, 8, 9, 12]. Внедрение в последние годы в хирургическую практику пластических материалов для ликвидации грыжевого дефекта привело к снижению частоты рецидивов до 3—6% [4, 6, 7, 10, 11].

Полипропиленовая сетка на сегодняшний день является практически идеальным материалом для герниопластики. Она может

противостоять инфицированию и удобна в обращении [2].

В настоящее время наиболее распространены две основные методики имплантации синтетической сетки: интра- и экстраперитониальная имплантация. Однако обе эти методики не лишены недостатков. В первом случае возможны образование спаек, кишечных фистул, пенетрация сетки в просвет кишечника, аррозия крупных сосудов. Эти осложнения являются специфическими для внутрибрюшного расположения трансплантата [5, 13, 15]. Вышеуказанное подчеркивает необходимость усовершенствования хирургической методики данной операции.

Цель работы: Улучшить результаты лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами.

Материалы и методы:

Начиная с ноября 2013 года, в хирургическом отделении ГКБ №1 было пролечено 13 больных с вентральными грыжами. Среди них было 6 мужчин и 7 женщины в возрасте от 25 до 76 лет. Из 13 больных 5 рецидивных грыж, включая 2 дважды рецидивные грыжи.

Большинство больных имели по несколько сопутствующих заболеваний. У 4 из них были КБС, атеросклеротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь, у 1 — сахарный диабет, у 5 — ожирение II—III степени и у 2 — кожно-жировой “фартук”. Из 13 больных 5 были оперированы в прошлом по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, 3 - деструктивного холецистита, 2 гинекологических заболеваний, и 3 перитонита. В 5 случаях (38%) наблюдения грыжи были рецидивными, а в 2 случаях (15%) дважды рецидивными.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ и флюорография органов 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.

Средний размер грыжевых ворот составлял $5,0 \times 5,0$ см. У 3 больных их размер превышал $10,0 \times 10,0$ см. В качестве синтетического материала для пластики грыжевых ворот использована макропористая полипропиленовая сетка.

Все больные оперированы в плановом порядке по поводу неосложненных вентральных грыж, им произведена аллопластика с имплантацией эндопротеза on lay.

Доказано, что со временем размеры сетки уменьшаются, это происходит вследствие образования рубцовой ткани, впоследствии приводит к натяжению тканей и образованию рецидива грыжи по краям сетки.

В связи с этим в нашей клинике разработан модифицированный метод фиксации эндопротеза. Он заключается в следующем: производим разрез кожи с подкожной клетчаткой над грыжевым выпячиванием, выделяем грыжевой мешок до грыжевых ворот. Далее вскрываем и обрабатываем грыжевой мешок, содержимое погружаем в брюшную полость. Затем устанавливаем полипропиленовую сетку в виде “заплаты” над апоневрозом мышц, при этом не натягиваем между собой края грыжевых ворот фиксируя узловыми швами по всему периметру сетки. Далее, дистальнее первичных швов на 2-3 см накладываем второй ряд узловых швов, не дублирующих первый ряд.

Операция заканчивается дренированием подкожно жировой клетчатки с наложением швов на нее и на кожу.

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений за 30 минут до операции вводили 1 грамм цефазолина внутривенно. У больных с гигантскими грыжами проводилась предоперационная подготовка — ношение утягивающих бандажей, проводили дыхательную гимнастику.

Полипропиленовая сетка фиксируется двурядными узловыми швами, при этом закрытие грыжевого дефекта более герметично и нет условий для возникновения рецидива грыжи по периметру сетки в послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение:

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. В период операции осложнений не наблюдали. После операции течение заболевания проходило гладко, без каких либо осложнений. Дренажи удалены на 3 сутки, и лишь у одного на 5, в связи с длительной лимфореей. Длительная лимфорея возможно была связана с длительным грыженосительством, в течение 6 лет. Такие осложнения как нагноение, серомы и инфильтрат послеоперационной раны не отмечены.

Температура тела оставалась в пределах нормы, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ отмечено лишь у одного больного.

С целью обезболивания в первые 2 суток после операции через дренажи каждые 6 часов больным вводили 10 мл 2% раствора лидокаина, что обеспечивало полноценную анальгезию области послеоперационной раны. Также применение местной анальгезии сократило прием наркотических и ненаркотических анальгетиков парентерально.

Мы придавали большое значение ранней активизации больных, особенно у лиц пожилого возраста и с ожирением: через 2-3 часа после выхода из наркоза разрешали ходьбу, через 6-8 часов — дыхательную гимнастику, повороты туловища, это стало возможным благодаря адекватному обезболиванию. Ранняя активизация благоприятно сказывалась на общем самочувствии больных, также позволило избежать осложнений со стороны дыхательной и свертывающей систем.

Через 20 дней после операции на контрольное обследование явились 11 больных, жалоб они не предъявляли, осложнения со

стороны раны не отмечены, также как рецидивы и отторжение аллотрансплантата. 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.

Выводы:

1. Аллопластика грыжевых ворот с применением сетчатых эндопротезов является эффективным методом лечения послеоперационных вентральных грыж, а модифицированный нами метод фиксации сетки уменьшает риск возникновения рецидива.

2. Введение 2% раствора лидокаина в область послеоперационной раны является эффективным методом обезболивания, что сократило в разы введение наркотических и ненаркотических анальгетиков парентерально.

3. Местное обезболивание послеоперационной раны дало возможность ранней активизации больных, что исключило возможность возникновения нежелательных осложнений со стороны дыхательной и свертывающей систем.

Литература:

1. Андреев, С.Д. Принципы хирургического лечения послеоперационных грыж [Текст] / С.Д. Андреев, А.А. Адамян // Хирургия. – 1991. - № 10. – С. 114-120.
2. Борисов, А.Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки [Текст] / А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе // Вестник хирургии. - 2002. - № 6. – С. 76-78.
3. Быченков, В.П. Плановые грыжесечения у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / В.П. Быченков // Хирургия. – 1991. - № 5. – С. 87-89.
4. Бородин, И.Ф. Хирургия послеоперационных грыж живота [Текст] / И.Ф. Бородин. - Минск: Беларусь, 1986. – 159 с.

5. Егиев, В.Н. Ненатяжная герниопластика [Текст] / В.Н. Егиев // Медпрактика. – М., 2002. – С. 107-111.

6. Кирпичев, Ф.Г. Использование сетки из пролена при пластике передней брюшной стенки [Текст] / Ф.Г. Кирпичев, Н.А. Сурков. – М., 2001. - 86 с.

7. Краснов, О.А. Лечение гигантских и рецидивных послеоперационных грыж с использованием полипропиленового эксплантата [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.А. Краснов. - Кемерово, - 2000. - 21с.

8. Лукомский, Г.И. Перспективы развития абдоминопластики синтетическими протезами [Текст] / Г.И. Лукомский, А.М. Шулутоко, Н.В. Антропов. – Хирургия. – 1994. - № 4. – С. 53-54.

9. Тоскин, К.Д. Грыжи брюшной стенки [Текст] / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М: Медицина, 1990. - 35с.

10. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж [Текст] / [И.М. Рольшиков, Ю.А. Кравцов, А.А. Григорюк и др.] // Хирургия. – 2001. - № 4. – С. 43-45.

11. Выбор методов пластики и пластических материалов при лечении послеоперационных вентральных грыж [Текст] / [В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Ю.А. Фурманов и др.] // Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: Матер. IV Международной конференции. – М., 2001. – С. 276-278.

12. Послеоперационные вентральные грыжи [Текст] / [Н.М. Скутельский, Д.У. Душак, Н.В. Падохоняк и др.] // Хирургия. – 1982. - № 5. – С. 57-60.

13. Биоматериалы для хирургического лечения послеоперационных грыж [Текст] / [Ф. Шумпелик, У. Клинге, С. Туткова и др.] // Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов: Матер. IV Международной конференции. – М., 2001. – С. 158-160.

14. Bauer, J.J. Repair of large abdominal wall defects with expanded polytetrafluoroethylene [Text] / J.J. Bauer // Ann. Surg. - 1987. – Vol. 206, # 6. – P. 765-769.

15. Jones, J.W. Polypropylene mesh closure of infected abdominal wounds [Text] / J.W. Jones, G.J. Jurkovivich // Am. Surg. – 1989. - # 55. – P. 73.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Кенжекулов К.К., Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Наблюдали 8 больных с деструктивными формами панкреатита, 4 пациентам проводилась традиционное оперативное лечение, а 4 произведена по разработанной нами методике пункционно-аспирационная санация органов брюшной полости, осложнений после операции не наблюдали.

Ключевые слова: Деструктивный панкреатит, гнойно-септические осложнения, антибактериальная терапия, пункционное лечение.

ДЕСТРУКТИВДУУ ПАНКРЕАТИТ МЕНЕН ОРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ ДАРЫЛООДО ЧАКАН ИНВАЗИВДУУ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ КОЛДОНУУ

Кенжекулов К.К., Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия

№1 Шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: панкреатиттин деструктивдүү түрү менен 8 бейтап көзөмөлгө алынды, анын ичинен 4 бейтап салттуу жолу менен операция жасалды, калган 4 бейтапка бизде иштелип чыккан ички органдарды пункция жана аспирация тазалоо ыкмасы колдонуу. Операциядан кийинки кабылдоолор байкалган жок.

Негизги сөздөр: деструктивдүү панкреатит, ирин-септикалык кабылдоолор, антибактериялуу терапия, пункция жолу менен дарылоо.

USING MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERFERENCE UNDER CHECKING ULTRASOUND IN COMPLEX TREATMENT PANCREANECROSIS

Kenjekulov K.K., Musaev A. I., Ibraimov D.S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital №1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Observed 8 patients with destructive of pancreatitis, to 4 patients was used traditions surgical interventions, 4 patients was used by the technique development by us punktсионноaspiration sanitation of abdominal organs was carried out, complications after operation did not observed.

Key words: destructive pancreatitis, pyo-septic complications, antibacterial therapy, puncture treatment.

Заболуеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растёт. Больные с острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер с развитием панкреонекроза, у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротический деструкции[1,2,10,]. Именно это категория больных представляют собой наиболее проблемную в диагностическом, лечебном

и экономическом аспектах группу больных. Результаты лечения этой категории больных остается неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляет 80%. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный выбор консервативной и хирургической тактики[3,4,5,11]. В настоящее время все больше распространение получает малоинвазивные

хирургические методы пункционного дренирования различных отделов забрюшинной и парапанкреатической клетчатки, поджелудочной железы и брюшной полости под контролем УЗИ. [6, 7, 8, 9, 12]

Цель работы: Улучшение результатов лечения больных с деструктивными формами панкреатита.

Материал и методы:

Под наблюдением в городской клинической больнице №1 г.Бишкек, находилась 8 больных с деструктивными формами панкреатита. Женщин было 2 в возрасте от 35 до 73 лет, мужчин 6 в возрасте от 30 до 75 лет. Давность заболевания составляло от 10 дней до 1,5 месяцев. В установлении диагноза деструктивный панкреатит использовали следующие методы обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, глюкоза крови, амилаза крови, диастаза мочи, а также инструментальные методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ. Традиционная операция у 4 больных представлена лапаротомией марсупиализацией сальниковой сумки и люмботомией, а у 4 больных произведена лечение пункционно-аспирационным методом разработанной в нашей клинике. Всем пациентам с панкреонекрозом проводилась интенсивное комплексное лечение, включающие антиферментную терапию (гордокс, контрикал), антибактериальную терапию, детоксикационное и общеукрепляющее лечение, симптоматическую терапию. Для профилактики инфицирования при стерильном панкреонекрозе использовали цефалоспорины 3,4 поколения, карбапенемы. При лечении инфицированного панкреонекроза и его осложнений антибактериальную терапию проводили с учетом результатов бактериологических исследований.

Результаты и их обсуждение.

После обследования 4 больных оперированы по традиционной методике, под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Доступ верхне - срединная лапаротомия. Производили ревизию органов брюшной полости, у всех пациентов имелся выпот, который был эвакуирован, наложена оментробурсостома с люмботомией. По мере

очищения сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки от некрозов и детрита, нормализации биохимических показателей крови, отсутствия отделяемого из брюшной полости дренажи удаляли, оментобурсостома самостоятельно закрывалась. В послеоперационном периоде у 2-х больных наблюдался содружественный плеврит которые требовали неоднократного выполнения пункций плевральной полости, у 2-х пациентов отмечалось нагноение послеоперационной раны, койко дней в среднем составило $28 \pm 0,34$.

Четырем больным после установления диагноза деструктивный панкреатит с асептическим перитонитом произведена усовершенствованная нами методика, пункционо-аспирационной санации брюшной полости в условиях анатомической целостности сальниковой сумки и брюшной полости. Это достигается имплантацией многоканальных силиконовых дренажных конструкций для введения антисептических растворов фракционно или капельно в очаг деструкции с постоянной активной аспирацией.

Ход операции:

Под местной новокаиновой анестезией производили пункцию брюшной полости в правом подреберье по Сельдингеру, через нее в брюшную полость вводили 1 литр физиологического раствора, также под местной анестезией Sol novocaini 0.25%- 40,0 в левом боковом канале проводим лапароцентез с подведением в малый таз силиконовую дренажную трубку, тем самым создается промывная система, которая позволяет введение в брюшную полость антиферментных препаратов, антибиотиков и антисептиков (декасан, озонированный раствор, раствор фурациллина, и т.д.) с последующей эвакуацией через малый таз. В послеоперационном периоде следили за динамикой характера отделяемого из брюшной полости, производили их лабораторный анализ. После нормализации лабораторных и клинических показателей и отсутствия отделяемого из брюшной полости, дренаж удаляли на 10-12 сутки.

Ни у одного больного мы не наблюдали осложнений. Пребывание в стационаре, в среднем, составило $14 \pm 0,32$ койко дней.

Таким образом следует отметить, что представленный нами метод является конкурирующим, так как полностью обеспечивает адекватную и полную санацию всех зон некротической деструкции и панкреатогенной инфекции.

Литература:

1. Белобородов В.А., Собонович Д.В., Колмаков С.А. Пункционно-дренажные технологии в лечении кист поджелудочной железы после панкреонекроза // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 25–28.*
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. С. 335–372.
3. Евдокимова Е.Ю., Еремина Е.В., Черданцев Д.В. и др. Возможности малоинвазивных вмешательств под контролем УЗИ при остром панкреатите // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 101–102.*
4. Родоман Г.В., Шалаева Т.И., Сосикова Н.Л. Пункции ограниченных жидкостных скоплений при стерильном некротическом панкреатите // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 178–180.*
5. Суковатых Б.С., Стельмах Е.Н., Итинсон А.И. и др. Тактика лечения больных стерильным панкреонекрозом // *Материалы VII Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием. Красноярск, 2012. С. 198–200.*
6. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии. 2001. Т.6. №1. С. 125-130.*
7. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. Миниинвазивные методы лечения больных с заболеваниями печени и поджелудочной железы // *Хирургия.-2004. № 5. С. 65-68.*
8. Нестеренко Ю.А., Михайлусов С.В., Черняков А.В. Лечение больных с острыми жидкостными образованиями поджелудочной железы и сальниковой сумки // *Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т.11. №3. С.23-28.*
9. Паскарь С.В., Верзин С.А., Ивлев В.В. Возможности пункционно-дренажных вмешательств в лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита // *Вестник Санкт - Петербургского университета. - 2009. – Сер.11, Вып. 3. С. 143-150.*
10. Connor S., Alexakis N., Raraty M.G. et al. Early and late complications after pancreatic necrosectomy Surgery. 2005; 137: 5: 499-505.
11. Gooszen H.G. Surgery in acute pancreatitis: open versus minimal invasive. *Thesis of International conference of surgeons. Kaunas, Lithuania. 2007; 7-8.*
12. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al. IAP Guidelines for the surgical management of acute pancreatitis. *Pancreatology. 2002; 2: 565-573.*

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ УРЕТРЫ

Кузубаев Р.Е.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале МЗ КР
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлен наш опыт уретропластики при гипоспадии и протяженных стриктурах уретры.

Ключевые слова: уретропластика, гипоспадия, стриктура уретры.

ЗААРА КАНАЛЫНЫН РЕКОНСТРУКТИВДИК ХИРУРГИЯСЫ

Кузубаев Р. Е.

КР ССМ Улуттук Госпиталдын Урология илимий борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутундусу: Бул статьяда уретропластика жөнүндө биздин тажрыйба көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: уретропластика, гипоспадия, уретранын стриктурасы.

RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE URETHRA

Kuzebaev R.

Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital Ministry of Health
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article presents our experience with hypospadias urethroplasty and long urethral strictures.

Key words: urethroplasty, gipospadiya, urethral stricture.

Введение. Хирургия мочеиспускательного канала является одной из самых сложных областей реконструктивной хирургии. Достигнуты действительно выдающиеся успехи в хирургическом лечении аномалий и заболеваний уретры. Тем не менее, появляющиеся методики лечения недавно кажущиеся оптимальными, вовсе потеряли актуальность [1,2].

Реконструктивные операции при лечении аномалий и заболеваний уретры представляют собой сложные хирургические вмешательства, требующие специальной подготовки и большого хирургического опыта в выполнении подобных процедур.

В литературе известно множество исследований посвящено поиску и применению новых экстрагенитальных материалов, которые могли бы использоваться в качестве эффективного пластического материала. В качестве заместительного пластического материала применялись влагиалищная оболочка яичка, слизистая мочеточников, слизистая мочевого пузыря, слизистая оболочка влагиалище, слизистая прямой кишки, червеобразный отросток, поверхностные вены бедра, трупная уретра, кожу задней поверхности ушных раковин, оболочки яичка [3,4].

Очевидно, что каждая используемая в качестве трансплантата ткань обладает не только различными морфологическими признаками, но и недостатками, сочетающихся с риском развития осложнений и рецидива заболеваний. Кроме того, большинство из этих методик сопряжены с большой хирургической травмой, технические особенности забора трансплантатов могут привести к нарушению, в какой то степени, функции донорской области, органа, и не оправданы [5].

В последние десятилетия особое внимание специалистов уделяется применению в качестве аутогенного трансплантата слизистой оболочки ротовой полости (щеки, губы и языка).

Впервые слизистую рта для реконструктивной хирургии уретры использовал русский хирург Сапежко К. М. в 1894 году [6]. После него слизистую щеки в течение многих лет перестали использовать. В мировой литературе пионером применения слизистой ротовой полости для уретропластики считается Humber G., опубликовавший в 1941 г. результаты по коррекции лоскутом из слизистой губы рецидивного свища после пластики гипоспадии. В литературе до 90х годов практически не встречается публикации посвященных буккальной уретропластике.

С 90-х годов XX века многие хирурги для заместительной уретропластики начали широко использовать слизистую щеки. Ducett J. активно пропагандировал использование слизистой щеки для реконструкции уретры [7,8].

Материалы и методы.

За период с 2008 по 2013 гг. в РНЦ урологии выполнено 124 пластических операций по поводу гипоспадии и стриктуры уретры более 4 см. Всем больным проведено комплексное урологическое обследование.

Больные со стриктурой уретры более 4 см составило 59 больных, с гипоспадией 65 больных (табл. 1). Возраст больных был от 5 до 60 лет, период наблюдения составил 1 год.

В зависимости от выбора пластического материала и типа выполненной операции больные распределялись следующим образом (табл. 2). В первую группу вошли 79 пациентов оперированные по поводу стриктуры уретры и аномалий уретры, в качестве пластического материала использовались местные ткани (кожа полового члена, кожа крайней плоти и кожа мошонки).

Вторая группа - 45 пациентов для уретропластики использовался слизистая оболочка полости рта.

Буккальная уретропластика вентральной вставкой: первым этапом производится кожный продольный разрез на вентральной

поверхности полового члена по срединной линии с окаймлением свищевого хода при гипоспадии, при стриктуре измененная часть уретры иссекается до здорового участка, после чего проводится линейные параллельные разрезы в белочной оболочке полового члена с созданием туннеля путем выкраивание полоски и создается площадка для анастомоза буккального лоскута. Далее производить забор слизистой щеки при необходимости с переходом в нижнюю или верхнюю губу. В ротовую полость устанавливают рефрактор, разметку границ лоскута проводить при помощи маркера. Основным ориентиром границы лоскута является устье околоушной железы, которое располагается на уровне второго большого коренного зуба (рис 1). Перед забором для облегчения препарирования лоскута производят инъекцию в подслизистый слой 0,9% с NaCl и адреналином, и производят препарирование лоскута. Дефект слизистой щеки ушивают непрерывным швом. Далее на уретральном катетере края заранее подготовленного буккального лоскута фиксируют к созданному туннелю непрерывным вворачивающимся швом (нить- викрил 5/0) на всем протяжении. Операцию заканчивают послойным сшиванием раны и наложением циркулярной повязки пропитанной глицерином.

Таблица 1. Распределение больных по поводу заболевания.

Заболевание	Количество больных		Итого
	Переднего отдела	Заднего отдела	
Стриктура уретры более 4 см	24(19,35%)	35(28,22%)	59(47,6%)
Гипоспадия	8(6,4%)	35(28,22%)	65(52,4%)
	15(12,1%)	7(5,6%)	
			124

Таблица 2. Распределение больных по группам в зависимости от вида оперативного лечения.

Группы	Метод операции	Количество больных	Общее количество
Первая группа	Уретропластика из местных тканей	79(63,7%)	124
Вторая группа	Буккальная уретропластика	45(36,3%)	

Таблица 3. Характер осложнений после буккальной уретропластики и пластики из местных тканей.

Характер осложнений	Буккальная уретропластика	Уретропластика местными тканями
	Количество больных	
Свищи уретры	2(4,44%)	12(15,2%)
Стриктуры уретры	1(2,22%)	5(6,3%)
Камни в уретре	-	3(3,8%)
Рост волос в уретре	-	5(6,3%)
Уретрит	1(2,22%)	1(1,25%)
Дивертикул уретры	-	2(2,5%)

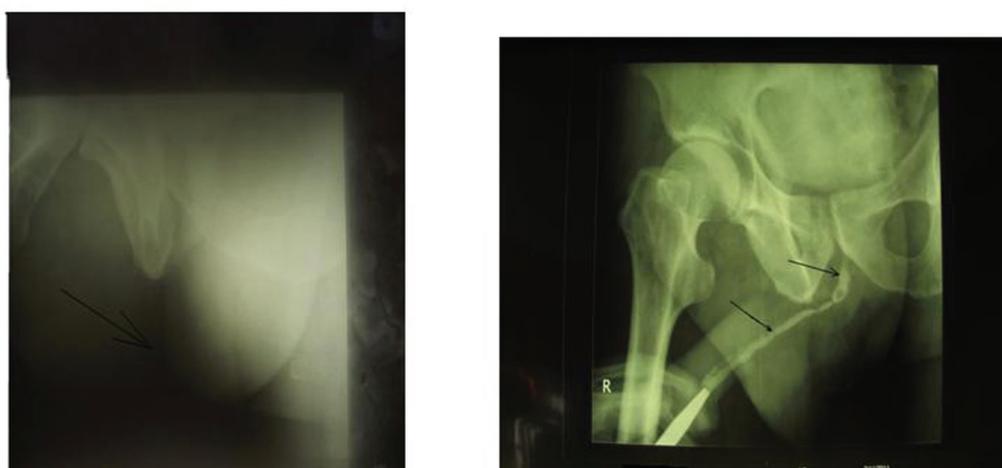


Рис.1. Ретроградные уретрографии до и после операции у пациента К. 40 лет, с протяженной стриктурой передней уретры.

Результаты лечения.

В первой группе больных, у которых в качестве пластического материала использовались местные ткани, свищи уретры наблюдались у 12 пациентов, рост волос в уретре у 5 пациентов, камни в уретре у 3 пациентов, стриктуры уретры у 5 пациентов, уретрит у 1 пациента, дивертикул уретры у 2 пациентов. У остальных 51 больных результаты были хорошие, послеоперационный период протекал гладко. Все больные получали антибактериальную, противовоспалительную терапию. Ежедневно проводилось перевязка раны с наложением циркулярной повязки пропитанной глицерином. Уретральный катетер удаляли в зависимости от заживления раны с 10 до 16 суток после операции. После удаления уретрального катетера мочеиспускание самостоятельное. Всем пациентам через месяц после операции проводили урофлоуметрию,

где Q_{max} в среднем составила 16-20мл/сек. Через 6 месяцев провели уретрографию, где проходимость удовлетворительная у 45 больных, у 6 больных проходимость относительная и им по показаниям проводили бужирование уретры.

Во второй группе - свищи у 2 пациентов, уретрит у 1 пациента, стриктура уретры у 1 пациента (табл. 3). У остальных 41 больных послеоперационный период протекало без осложнений. Также ежедневно проводилось перевязка раны с наложением циркулярной повязки пропитанной глицерином. Уретральный катетер удаляли на 14- 18 сутки, цистостому удаляли после восстановления адекватного мочеиспускания и через 1 месяц после операции проводили урофлоуметрию, где Q_{max} в среднем составила 18- 20мл/сек. На повторном осмотре через 6 месяцев, провели уретрографию, где проходимость уретры на всем протяжении удовлетворительное. Отдаленные результаты

наблюдали через 1 год. Больные жалоб не предъявляли, мочеиспускание самостоятельное, струя мочи полноценное, отмечают удовлетворительные эрекции. На УЗИ-контроле остаточной мочи нет.

Заключение.

В настоящее время существует множество хирургических техник, которые позволяют использовать кожу крайней плоти, кожу полового члена и мошонки для уретропластики. Анализ различных методов оперативного лечения гипоспадии и протяженных стриктур уретры с использованием местных тканей показал, что большинство из них считаются достаточно эффективными, несмотря на это частота послеоперационных осложнений до сих пор остаются высокими. Клинические испытания показали, что многочисленные характеристики слизистой щеки, включая доступность, устойчивость к инфекциям, совместимость с влажной средой, слизистая не содержит волос, устойчива к растяжению, постоянная быстрое приживление, делают слизистую оболочку щеки хорошим пластическим материалом для успешной реконструкции уретры. В реконструктивной уретропластике использование трансплантата слизистой оболочки полости рта является одним из эффективных методов оперативного лечения.

Литература:

1. Гвасалия Бадри Роинович., Реконструктивная хирургия уретры. Автореф. дисс.на соис. уч.ст. д.мн. Москва 2012. С.23.
2. В. И. Рушаков В.И., /Лечение гипоспадии/. Издательство Ростовского Университета – 1988г.
3. Roberto C. Foinquinos, Adriano A. Calado, Raimundo Janio, Adriana Griz, Antonio Macedo Jr, Valdemar Ortiz. *The Tunica Vaginalis Dorsal Graft Urethroplasty: Initial Experience. International Braz J Urol Vol. 33 (4): 523-531.*
4. Steven B. Brandes, M.D., FACS. *Urethral Reconstructive Surgery. 2008. 355.*
5. Raimund Stein. *Hypospadias. European Urology Supplements. 11 (2012) 33-45.*
6. Igor Korneyev^{a,*}, Dmitry Ilyin^a, Dirk Schultheiss^b, Christopher Chapple. *The First Oral Mucosal Graft Urethroplasty Was Carried Out in the 19th Century: The Pioneering Experience of Kirill Sapezhko (1857–1928). European Urology. 62 (2012) 624–627.*
7. Darioush Irani,* Payman Hekmati, Alireza Amin-Sharifi. *Results of Buccal Mucosal Graft Urethroplasty in Complex Hypospadias. Urology Journal. Vol. 2, No. 2, 111-114 Spring 2005.*
8. Курбатов Д. Г. *Бужкальная уретропластика. Иллюстрированный атлас операций/ Д. Г. Курбатов. Москва: 2009. 91 с.*

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПУЗЫРНО-ВЛАГАЛИЩНЫМИ СВИЩАМИ

Кулукеев У.К.

Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Высокая частота ятрогенных повреждений мочеточников и мочевого пузыря с образованием урогенитальных свищей, их поздняя диагностика, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочеполовых путей. В данной работе даны методы оперативного лечения пузырно-влагалищных свищей, снижающие риск возникновения рецидива а также улучшающие качества жизни больных.

Ключевые слова: пузырно-влагалищный свищ, ятрогенная травма, фистулография, оперативное лечение.

ТАБАРСЫК-КЫН ТЕШИГИНЕН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУЛАРДЫ ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Кулукеев У.К.

Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигине караштуу
Улуттук госпиталдын алдындагы Республикалык илимий урология борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Урогениталдык тешиктердин түзүлүшү менен сийдик аккычтын жана табарсыктын ятрогендик бузулуусунун тез-тез болушу, алардын диагностикасынын кеч аныкталышы, ошондой эле реконструктивдүү-калыбына келтирүүчү операциялардын ийгиликсиз жасалышы заара-жыныс жолдорунун бүтүндүгүн калыбына келтирүүчү белгилүү ыкмаларды жакшыртууну жана жаңы ыкмаларды издөөнү талап кылат. Бул иште табарсык-кын тешигин операция жолу менен дарылоочу, рецидивдин пайда болуу коркунучун азайтуучу, ошондой эле оорулуулардын жашоо сапатын жакшыртуучу методдор берилди.

Негизги сөздөр: табарсык-кын тешиги, ятрогендик травма, фистулография, операциялык жол менен дарылоо.

SURGICAL TREATMENT OF VESICO-VAGINALIS FISTULES

Kulukeev U.K.

Republic science centre of urology under National Hospital of Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: High rate iatrogenic injuries of urether and urine bladder with urogenital fistules, long-term diagnostics, not always successful there reconstructive surgery the find out new one achivement, perfomens of restore the integrity of urogenitals ways. In current work are given suggesting one of the surgical perfomenc for treatment of vesico-vaginalis fistules, which allow to regress high risk of recurrent of this pathology and to imrove of quality of life patients.

Make us to improve the known and to find new methods of restoring the inlergrity of urogenital ways. Method of operative treatment of vesico-vaginal fislules, decreasing risk of recurrence of this disease and unproving life quality of patients are given in this work.

Key words: fistules,iatrogenic trauma,fistuloraphia, operative treatment

Последствиями ятрогенных травм мочеполовой системы являются урогенитальные свищи. Наиболее часто в клинике встречаются моче-влагалищные свищи, причиняющие тяжелые моральные и физические страдания больным [1,2]. Несмотря на многовековой опыт лечения больных с мочеполовыми свищами, результаты этих операций остаются неутешительными и в настоящее время. Так, рецидивы фистул, по данным ряда авторов, возникают у 10% оперированных больных, а послеоперационная

летальность колеблется от 2 до 7,4% [3, 4, 5, 6]. Полного излечения после фистулографии, в том числе после повторных операций, удается достичь только в 62 - 96,5% случаев, то есть в среднем у каждой 9 10-й женщины возникает рецидив свища [7, 8, 1, 9, 4]. Значительные трудности возникают при лечении сочетанных повреждений мочеточников и мочевого пузыря. В литературе имеются единичные сообщения о такого рода повреждениях мочеполовых путей и положительных результатах их оперативного

лечения [10, 11, 12, 13, 15,14]. Существующее многообразие методов восстановления проходимости мочеточников, закрытия дефектов мочевого пузыря и уретры все еще не позволяет достичь стопроцентного результата в лечении таких больных.

Высокая частота ятрогенных повреждений мочеточников и уrogenитальных свищей, их поздняя диагностика, а также не всегда успешные результаты реконструктивно-восстановительных операций заставляют постоянно совершенствовать известные и искать новые способы восстановления целостности мочеполовых путей, что и определяет актуальность нашей работы.

Цель исследования: улучшить результаты оперативного лечения больных с ятрогенными повреждениями мочевого пузыря и их осложнениями.

Материалы и методы:

Под нашим наблюдением находились 42 пациентов. Среди наблюдаемых нами больных 37 имели пузырно-влагалищные и 5 - уретро-влагалищные свищи. У 18 пациенток имели место лигатурные камни мочевого пузыря и у одной больной – камень влагалища. Из 37 женщин с пузырно-влагалищными свищами у 7 мы наблюдали свищи небольших размеров (до 7 мм), у 26 - средних (от 7 до 15 мм), и у 4 - крупных (более 15 мм). 18 пациенткам до госпитализации в нашу клинику предпринимались попытки ликвидации фистул в других стационарах различными методами.

Неудовлетворительные результаты предыдущих операций мы объясняем недостаточным разделением стенок мочевого пузыря и влагалища или выполнением оперативного вмешательства на фоне еще не

купированного воспалительного процесса в околовшицевых тканях. Благодаря анализу литературных данных [1,3,13] и собственных наблюдений мы пришли к выводу, что при формировании пузырно-влагалищной фистулы оптимальные сроки фистулорафии составляют 2,5-4 месяца. Это объясняется не только возможностью полного купирования воспалительного процесса в области свища, но и окончательным формированием рубцовой ткани, позволяющим анатомичнее выделить все парасвищевые ткани в ходе реконструктивной операции.

Все больные были оперированы. Характер выполненных оперативных вмешательств приведен в таблице 1.

Из таблицы следует, что 37 больным с пузырно-влагалищными свищами было выполнено у 26 (70,3%) трансвезикальная везикофистулорафия, у 11 (29,7%) комбинированная трансвезикальная и трансвагинальная везикофистулорафия. 5 больных перенесли операцию уретрофистулорафию.

В настоящее время операцией выбора при пузырно-влагалищных свищах является трансвезикальная фистулорафия. Всем больным в предоперационном периоде проводилась противовоспалительная терапия, санация влагалища и области свищевого хода растворами антисептиков.

Антибактериальная терапия назначалась согласно результатам бактериологического исследования мочи, с учетом чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Всем больным с рецидивными пузырно - влагалищными свищами перед операцией выполнялась фистулография для уточнения хода свища в

Таблица 1.-Характер оперативных вмешательств, выполненных больным с пузырно-влагалищными и уретро-влагалищными свищами

Оперативные вмешательства	Пузырно-влагалищные свищи		Уретро-вагинальные свищи	
	Абс.	%	Абс.	%
Трансвезикальная везикофистулорафия	26	70,3	-	-
Комбинированная трансвезикальная и трансвагинальная везикофистулорафия	11	29,7	-	-
Уретрофистулорафия	-	-	5	100
Всего	37	100	5	100

рубцовоизмененных тканях. После окончания предоперационной подготовки выполняли контрольную цистоскопию для визуализации и оценки внутреннего отверстия свищевого хода и «готовности» свища к иссечению.

Операцию выполняли под перидуральной анестезией, или под эндотрахеальным наркозом. При пластике свища использовали трансвезикальный доступ у 26 больных, в 11 случаев был применен комбинированный трансвагинальный и чрезбрюшинный подход. Перед выполнением основного этапа операции производили катетеризацию свищевого хода в зависимости от его размеров соответствующим катетером Фолея. Затем овальными сходящимися продольными разрезами, отступя от видимого края свища 0.5-1 см., рассекали стенку влагалища. После чего острым путем разделяли стенки мочевого пузыря и влагалища.

На данном этапе важно отметить, что успех операции в большей степени зависит от полноты разделения двух связанных свищом структур, для того, чтобы, прежде всего, в достаточной мере мобилизовать стенку мочевого пузыря. После ее широкой мобилизации на расстоянии не менее 3-4 см во все стороны от свищевого отверстия, производим окончательное иссечение рубцовых тканей свищевого хода.

Следующим этапом ушиваем стенку мочевого пузыря викрилом (3/0), 2-х рядными узловыми серозномышечными швами в поперечном направлении. После чего проверяем герметичность мочевого пузыря, вводя в него 250-300 мл фурациллина. Затем продольно викрилом ушиваем стенку влагалища с оставлением в околопузырном пространстве резинового выпускника, который удаляем на 2-ые сутки после операции. У пациенток с рецидивными, обширными свищами мочевого пузыря дренировали катетером Фолея в течение 7-10 суток. Положительный результат был отмечен у 36 больных, и только у одной пациентки с мочевым свищом потребовалось повторное оперативное вмешательство, которое увенчалось успехом.

По нашему мнению, успех операции зависит от анатомичного разделения стенок мочевого пузыря и влагалища, максимально полного иссечения рубцово измененных тканей и тщательного ушивания стенки мочевого пузыря с сопоставлением всех слоев. Оценивая результаты реконструктивно восстановительных

операций по поводу осложнений ятрогенных повреждений мочеполовых органов мы придерживались трехстепенной классификации (хороший,удовлетворительный,неудовлетворительный). Исходя из данной классификации у 30 (90,4%) больного отмечен хороший результат, у 13(8,3%) - удовлетворительный, и у 1 (1,3%) – неудовлетворительный результат.

Таким образом, нам удалось реабилитировать 98,8% пациентов с осложнениями ятрогенных повреждений мочеполовых органов, и тем самым улучшить их качества жизни.

Литература:

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. // М.: МЕДпресс, 2001.- 189 с.
2. Gibbons W.S., Barry J.M., Neftly T.R. Complications following unstented parallel incision extravesical ureteroneocystostomy in 1000 kidney transplants // J. Urol. - 1992. - Vol. 148. - № 1. - P. 38 - 40.
3. Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. // М.: Медицина, 1986. - 147 с.
4. Fabrizio M.D., Kavoussi L.R., Jackman S. et al. Laparoscopic nephrectomy for autotransplantation//Urology. - 2000. -Vol. 55.-X1. - P. 145.
5. Faure G. L'autotransplantation renale sa place en urologie // Ann. Urol. - 1984.-Vol. 18.-№3.-P. 149-151.
6. Hauser S., Bastian P., Mueller S., Small-intestine-submucosain urethral stricture repair. // Eur. Urol.-Vol.4.-№3.-2005.-P.242.
7. Вайнберг З.С. Неотложная урология. // М: Московский рабочий, 1997. - С. 123-152.
8. Вайсман Л.А. Повреждение мочевого пузыря при грыжесечении //Клиническая хирургия.- 1975. - №4. -С.57-58.
9. Borkowski A., Czaplicki M, Dobronski P. Treatment of postradiation vesicovaginal fistulae using isolated ileal segment (Studer type) // Eur. Urol. -2000. - Vol. 37. - Suppl. 2. - P. 2.
10. Довлатян А.А. Кишечная пластика при интерстициальном цистите со сморщиванием мочевого пузыря // Урол. и нефрол. - 1988. - № 3. - С. 60-62.
11. Комяков Б.К., Иванов А.О. Ятрогенная флегмона таза с обширным разрушением мочевых путей // Урол. и нефрол. - 1989. - № 5. - С.63 -65
12. Лоран О.Б., Годунов Б.Н., Зайцев А.В., и др. Повреждения органов мочевой системы при эндоскопических операциях в гинекологии // Акушерство и гинекология. - 2000. - № 1. - С. 19 - 23.
13. Лоран О.Б., Зайцев А.В., Липский В.С. Диагностика и лечение интерстициального цистита у женщин. // Саратов: Приволжское книжное издат-во, 2001. - 191 с.
14. Webster G., Maggio M. The management of chronic interstitial cystitis by substitution cystoplasty // J. Urol. - 1989. - Vol. 141. - № 2. - P. 287 – 291
15. Фрейдович А.И. Клиническая фтизиоурология. - М.: Медицина, 2002. -304 с.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Мамасабир уулу Н., Авасов Б.А.

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

Резюме: Представлены результаты малоинвазивных методов лечения билиарных осложнений у 6 (5,9%) из 101 больных альвеококкозом после резекции печени. Пункционное дренирование по Сельдингеру произведено всем 6 больным, повторных оперативных вмешательств не было.

Ключевые слова: печень, альвеококкоз, осложнения, пункционное дренирование.

БООРДУН РЕЗЕКЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ БИЛИАРДЫК КАБЫЛДОЛОРДУ КИЧИ ИНВАЗИВДИК ЫКМА МЕНЕН ДААРЫЛОО

Мамасабир уулу Н., Авасов Б.А.

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

Корутунду: Боордун альвеококкоз дарты боюнча 101 бейтапка боордун резекциясы жасалган. Алардын ичинен 6 бейтапка билиардык отушуп кетуулор байкалган. Алты бейтапка тен Селдингер боюнча пункциялык сарыктырма жасалган, кайрадан операция болгондор жок.

Негизги сөздөр: боор, альвеококкоз, пункциялык сарыктырма, өтүшүп кетүү.

MINIINVASIVE METHODS OF TREATMENT OF BILIARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTION

Mamasabir N., Avasov B.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Municipal clinical hospital #1.
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The results of miniinvasive treatment methods of biliary complications in 6 (5,9%) patients of 101 with alveococcosis after liver resection are presented. Punction drainage of Seldinger was carried out in 6 patients. There were no second surgical interventions.

Keywords: liver, alveococcosis, complications, punction drainage.

Введение: Объемные заболевания в печени занимают одно из ведущих мест в гепатологии. К ним относятся паразитарные заболевания (альвеококкоз, эхинококкоз), гемангиомы и рак печени [1,2,5]. В нашем сообщении мы не касаемся злокачественных опухолей, а только анализируем паразитарные заболевания и гемангиомы печени. В лечении этих заболеваний основным методом остается хирургический. При этом выполняются радикальные и условно-радикальные резекции печени [4,6].

Несмотря на достижения современной медицины, в разработке техники операции, направленных на гемо- и желчестаз в послеоперационном периоде, нередко наблюдается скопление геморрагической жидкости в желчи, которое в последующем

может нагноиться и существенно осложнить течение послеоперационного периода [2,3,8] и даже явиться причиной смерти. Учитывая это обстоятельство, идут разработки тщательного гемо- и желчестаз для предотвращения возникновения осложнений, а также методов лечения этих осложнений.

Цель работы: снижение частоты осложнений после радикальных операций на печени за счет использования малоинвазивных технологий.

Материал и методы исследования

Аналізу подвергнуты 101 история болезни больных, которым выполнены операции на печени. Они оперированы в хирургическом отделении Городской клинической больницы № 1 с 2005 по 2013 год. Среди анализируемых

Таблица 1. Типы выполненных операций на печени по поводу объемных образований

Типы резекций печени	Абс. число	%
Гемигепатэктомия справа	33	32,7
Гемигепатэктомия слева	5	4,9
Расширенная гемигепатэктомия справа	6	5,9
Расширенная гемигепатэктомия слева	9	8,9
Анатомическая гемигепатэктомия справа	2	1,9
Анатомическая гемигепатэктомия слева	2	1,9
Сегментэктомия	7	6,9
Бисегментэктомия	21	20,8
Трисегментэктомия	11	10,9
Атипичная резекция обеих долей	5	4,9
Всего	101	100,0

больных мужчин было 39, женщин – 62. Преобладали женщины. Все больные были оперированы, типы операций даны в таблице 1.

Для диссекции паренхимы печени чаще всего у 97 из 101 использовали методику дигитоклазии по Тон-Тхат-Тунгу [5] с тщательной перевязкой сосудов и протоков. Контроль билиостаза осуществляли, прикладывая марлевую салфетку к срезу печени. Выявленные участки подтекания желчи дополнительно прошивали. Пробу на герметичность проводили путем введения 20-30 мл жидкости (физиологический раствор, окрашенный метиленовой синью) через долевого проток, предварительно пережав общий желчный проток мягким зажимом.

В послеоперационном периоде у 6 (5,9%) больных отмечалось желчеистечение из дренажа, стоявшего в подпеченочном пространстве, а затем выделения прекратились. Но при контрольном УЗИ выявлено скопление жидкости в ложе резецированной печени, стоявший дренаж был закупорен сгустками крови и не обеспечивал адекватного оттока, поэтому дренаж был удален. Под контролем УЗИ производили пункционное дренирование скоплений желчи (билум) по Сельдингеру у 6 пациентов, из них у 2 больных желчеистечение быстро прекратилось самостоятельно в сроки до 1 недели, а у 4 проводилось консервативное лечение, которое включало орошение озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и массивную антибактериальную терапию. Желчеистечение прекратилось в сроки до 2

недель. Повторная операция не требовалась. При выписке проведено УЗИ, скопления жидкости не обнаружено. При обследовании через 3 месяца после выписки состояние всех больных удовлетворительное.

Выводы:

1. После резекции печени необходимо контрольное УЗИ для выявления очагов скопления жидкости и своевременно ее аспирировать.
2. Желчеистечение после резекций печени прекращается самостоятельно при адекватном оттоке и после малоинвазивных вмешательств.
3. Проба на герметичность желчевыводящих путей с использованием метиленовой синей и наружное дренирование желчевыводящих путей может снизить до 5,9% частоту билиарных осложнений при «больших» резекциях печени.

Литература:

1. Абрамов, О.Е. Диагностика и пункционное лечение внутрибрюшных послеоперационных осложнений методом ультрасонографии [Текст]: автореф. дисс. ...канд. мед.наук / О.Е. Абрамов. – М., 1998. – 17 с.
2. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней [Текст] / [А.В. Борсуков, З.А. Лемешко, И.Е. Сергеев и др. Под общей редакцией В.П. Харченко] // Учебно-методическое пособие. – Смоленск, 2005. – 192 с.
3. Пункционно-дренажные методы лечения в абдоминальной хирургии [Текст] / [Е.С. Владимиров, Р.Л. Тагави, В.В. Мельников и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Том 4, № 2. – С. 98-99.
4. Гаврилин, А.В. Чрескожные лечебно-диагностические вмешательства под контролем

ультразвукового исследования при хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны [Текст]: автореф. ... дисс. д-ра мед. наук / А.В. Гаврилин. – М., 1999. – 43 с.

5. Тунг, Т.Т. Хирургия печени. – М.: Медицина, 1964. – 237 с.

6. Bufalari, A. Postoperative intraabdominal abscesses: percutaneous versus surgical treatment [Text] / A. Bufalari, G. Giustozzi, L. Moggi // ActaChir. Belg. – 1996. – Vol. 96, # 5. – P. 197-200.

7. Liver hidatid disease: long term results of percutaneous treatment [Text] / [O. Akhan, M.N. Ozmen, A. Dincer et al.] // Radiology. – 1996. – Vol. 198, # 1. – P. 259-264.

8. Pyogenic liver abscess: a review of 10 years' experience in management [Text] / [M.S. Baracate, M.S. Stephen, R.C. Waugh et al.] // Aust. N. Z. J. Surg. – 1999. – Vol. 69, # 3. – P. 205-209.

ПРЕМИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА

М.М. МАМАКЕЕВА

Премия имени М.М. Мамакеева учреждена с целью повысить престиж занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых специалистов.

Гильдия полагает, что такая форма поощрения будет содействовать:

- интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов.

Премия составляет денежное поощрение в размере 10.000 (десять тысяч) сом.

Победителю также будет вручен Почетный Диплом Гильдии

Определение Победителя - лауреата Премии имени академика М.М. Мамакеева

Процедура выбора кандидата: Премия будет вручена участнику Конкурса молодых ученых.

Лауреат премии имени академика М.М. Мамакеева будет определен Жюри Конкурса в соответствии с Положением о Конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, без участия Гильдии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ УЩЕМЛЕННЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У ДЕТЕЙ

Минбаев Ж.М., Порожай В.Н., Омурбеков Т.О.,
Мыкыев К.М., Передереев Р.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Городская клиническая детская больница скорой медицинской помощи,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Автором изучены результаты лечения ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж у 687 детей. Оперативное лечение, выполнялось традиционным способом Ру-Краснобаева - у 423 (61,57%), Мартынова А.С. - у 199 (28,97%), по методике предлагаемой автором - у 65 (9,46%) больных. По предложенной автором методике осложнений не наблюдалось, медико-социальная адаптация у детей наступала значительно раньше.

Ключевые слова: дети, паховые грыжи, пластика пахового канала, ущемление.

БАЛДАРДЫН ЧУРАЙЫНДАГЫ ЧУРКУ ООРУСУНУН КЫПЧЫЛЫК КАЛЫШЫ ЖУНУНДОГУ ЖЫЙЫНТЫК

Минбаев Ж.М., Порожай В.Н., Омурбеков Т.О.,
Мыкыев К.М., Передереев Р.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Шаардык медициналык тез жардам балдар клиникалык ооруканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: 687 баланын чурайындагы чурку оорусунун дарылоо жыйынтыгы автор менен изилделинген. Ру-Краснобаев ыкма менен 423 бала операция болгон. А.С. Мартынов ыкма менен 199, автордун жаны ыкма жолу менен - 65 орулуу бала операция болгон. Автор сунушталган жаны ыкма менен операция жазалган балдар өз калыбына батыраак келген жана кабылдоосу азайган.

Негизги сөздөр: чурай-чурку оорусу, балдар, кыпчылык калган, чурку тешикчесин ондоо.

RESULTS OF TREATMENT OF STRANGULATED INGUINAL HERNIA IN CHILDREN

Minbaev J.M., Poroshay V.N., Omurbekov T.O.,
Mykyev K. M., Peredereev R.A.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
The children's Emergency Clinical Hospital of Bishkek
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Author investigated results of treatment of inguinal strangulated inguinal and scrotal hernias in 687 children. Surgical treatment was performed in the traditional way Ru -Krasnobaeva in 423 (61.57%), Martynov - in 199 (28.97%), according to the procedure proposed by the author - in 65 (9.46%) patients. According to the procedure proposed by the author complications were not observed, medico-social adaptation of children came much earlier.

Key words: inguinal hernia, inguinoscrotal hernia, children, incarceration, plastic reconstruction of inguinal canal.

Актуальность. В последние десятилетия, в связи с развитием науки о репродуктивном здоровье человека, лечение паховых грыж у детей привлекает внимание многих исследователей.

Хирургическое лечение, связанное с аномалией влагалищного отростка брюшины составляет более 33% от всех плановых операций [1,2,3]. Опасным осложнением паховой грыжи является ее ущемление, которое наблюдается по данным ряда исследователей

до 24% случаев [4,5,7]. Классическое грыжесечение в детском возрасте, не смотря на высокое мастерство хирурга не исключает опасность развития осложнений, вызванных особенностями самой технологии операции [2,7]. Паховое грыжесечение, перенесенное в детском возрасте, является одной из наиболее частых причин обструкции семявыносящих путей, что является следствием вторичного бесплодия у мужчин [10]. Физиологический

ущерб при хирургическом устранении паховой грыжи может оказаться значительно больше, чем тяжесть непосредственно операционной травмы [9]. Не смотря на перспективное направление в герниологии, внедрения лапароскопической техники, лечение паховых грыж у детей, выполнение открытых операций не требующих использования специального хирургического инструментария, простота выполнения и широкое распространение методики во всех стационарах, остается основным методом лечения. Уровень осложнений и рецидивов на разных этапах лечения, остается достаточно высоким, минимизировать негативные последствия манипуляций над содержимым пахового канала, требует поиска новых решений в лечении паховых грыж у детей.

Целью нашего исследования изучить результаты лечения ущемленных паховых грыж с применением различных методов пластики пахового канала у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением на базе городско детской клинической больницы скорой медицинской помощи, находилось 687 детей, которым за период с 2006-2012г., проведены оперативные вмешательства по поводу ущемленных паховых и пахово-мошоночных грыж. У всех 687 больных грыжи были косыми. Мальчиков было 615(89,51%), девочек 72 (10,48%), паховые грыжи односторонние у 684(99,12%), двусторонние у 3(10,04%) детей. До года встречалось у 179(26,05%), 1-3 лет 357(51,96%), 3-5лет 118(17,17%), старше 5 лет у 33(12,08%) больных.

Всем пациентам проводились общеклинические методы исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ультразвуковое исследование, доплерография сосудов яичка, по показаниям рентгенологическое исследование.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проведено оперативное вмешательство по экстренным показаниям. С момента ущемления: до 6 часов 192(27,94%), до 12 часов 364(52,98%), сутки и более 31(4,51%) больных. Сопутствующие заболевания отмечены 65 (9,46%) (анемия, орви, бронхит, пневмония, кишечные инфекции), у 18 (2,62%) детей врожденные пороки развития сердца, почек, опорно-двигательного аппарата. В зависимости от сроков поступления и сопутствующих заболеваний, проводилась стандартная

предоперационная подготовка больного в течение 1 часа. В процессе оперативного вмешательства устранения паховой или пахово-мошоночной грыжи, одним из способов профилактики рецидива, проводится пластика пахового канала. В зависимости от возраста при вправившейся самостоятельно грыже и в случае, когда необходимо выполнить рассечение передней стенки пахового канала для вправления грыжевого содержимого, проводились различные методы пластики пахового канала. По Ру- Краснобаеву у-423 (61,57%), Мартынову у-199(28,97%), по методике нашей клиники -65(9,46%). В изучаемую группу вошли больные, которым в процессе оперативного вмешательства проводилось рассечение передней стенки пахового канала. Традиционно проводилась пластика по методу Мартынова А.С., которая заключалась в создании дубликатуры в виде «полупальто», путем сшивания апоневроза наружной косой мышцы к пупартовой связке с внутренней стороны, второй ряд накладывался на апоневроз наружной косой мышцы сверху.

По методу нашей клиники оперативное вмешательство проводилось по следующим этапам: косым разрезом паховой области послойно вскрыта кожа, подкожно-жировая клетчатка. Произведен гемостаз. Вскрыта передняя стенка пахового канала, произведена обработка и выделение грыжевого мешка от соседних тканей. Грыжевой мешок прошит у основания, перевязан и удален. Принцип нашего метода пластики заключался в максимальном сохранении анатомо-физиологических особенностей пахового канала, путем сшивания медиального листка апоневроза наружной косой мышцы к латеральному листку апоневроза наружной косой мышцы с обязательным сопоставлением краев раны и охватом паховой связки снаружи. После чего рана послойно ушивается.

Результаты оперативного лечения паховых, пахово-мошоночных грыж у детей в зависимости от времени ущемления и пластики пахового канала, представлены в таблице 1.

Критерии оценки результатов лечения паховых грыж у детей: хорошие рана затягивается первичным натяжением, инфильтрата нет, отсутствие отека области мошонки, яичко не увеличено, без болезненное, паренхима структурно не изменена; удовлетворительные: в области раны пальпируется инфильтрат, яичко

Таблица 1.

Результаты лечения паховых и пахово-мошоночных грыж у детей различными методами.

Метод пластики	Паховые грыжи	Пахово-мошоночные	Результаты лечения оценивались на 7 сутки, 4 месяца		
			неудовл	удовл	хорошие
Мартынову	121(60,80%)	78(39,20%)	2(1,01%)	14(7,03%)	183(91,96%)
Методика клиники	44(67,69%)	21(32,31%)	-	5(7,69%)	60(92,31%)

не увеличено, подвижное, без болезненное, умеренные структурные изменения, нагноение раны связанные с лигатурой, водянка оболочек яичка; неудовлетворительные: рецидив паховой грыжи, гранулема в области послеоперационной раны, длительно сохраняющийся инфильтрат в области раны и припухлость мошонки, яичко умеренно болезненное, выявляются структурные изменения.

Как видно из таблицы, в первой группе больных отмечались неудовлетворительные результаты у 2(1,01%) детей, послеоперационные осложнения в виде лигатурных свищей у 4(2,01%), гранулемы у 2(1,01%), гидроцеле у 8(4,02%) пациентов. У 5 (7,69%) детей из второй группы отмечалось изменение эхогенности паренхимы яичка соответствующей стороны. Результаты оперативного лечения больных по методике нашей клиники оказались значительно лучше, что связано с уменьшением послеоперационных осложнений, уменьшения отека мошонки, инфильтрата области раны.

Выводы. Таким образом, разработанный нами метод пластики пахового канала при ущемленных паховых грыжах у детей является более физиологичным. Использование данного метода приводит к снижению послеоперационных осложнений и способствует улучшению медико-социальной адаптации больных.

Литература:

1. Исаков Ю.Ф. *Детская хирургия. Национальное руководство* //—М., 2009.
2. Игнатъев Р.О. // *Детская хирургия.* -2012. - №6.- С.40-44.
3. Медведев А.А. *Диагностика и оперативное лечение заболеваний влагалличного листка брюшины у детей с применением современных технологий: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук.* – Тверь, 2007.
4. Окулов А.Б., Зуев Ю.Е., *Грыжи передней брюшной стенки у детей.* – М. – 1988.- 52С.
5. Тальпов С.Р. *Сравнительная оценка традиционного и лапароскопического способов лечения паховых грыж у детей.* // Автореф. Дис. канд. мед. наук. – 2010.-25С.
6. Hansen K.A., Eyster K.M. // *Fertil. Steril.* – 2006. – Vol. 86, N 1. – P. 217-218.
7. Lipskar A.M., Soffer S.Z., Glick R.D. et al. // *J. Pediatr. Surg.* – 2010. – Vol. 45, №6. – P. 1370-1374.
8. Smith E.M., Dahms B.B., Elder J.S.// *J. Urol.*- 1993. – Vol. 150, N2, Pt 2. – P. 663-666.
9. Ikeda H., Hatanaka M., Suzuki M. et al.// *J. Pediatr. Surg.* – 2009. – Vol. 44, №8. –P. 1666-1671/
10. Matsuda T., Muguruma K., Horii Y. et al // *Fertil. Steril.* -1993. – Vol. 59, №5. – P. 1095-1097.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ И РЕЦИДИВАХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Мусаев У.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Городская клиническая больница № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Оперировано 1221 больных по поводу желчнокаменной болезни, из них поступили с осложнениями и рецидивами холедохолитиаза 112 (9,1%). Все повторно оперированы, осложнения после операции возникли у 8 больных, что составило 7,1%. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: печень, желчнокаменная болезнь, осложнения, повторные операции, рецидив.

РЕЦИДИВДИК ХОЛЕДОХОЛИТИАЗДАН КИЙНКИ ЖАНА АНЫН КАБЫЛДООНУДАН КИЙИНКИ КАЙТАЛАМА ОПЕРАЦИЯЛАР

Мусаев У.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№ 1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Эт баштыкчасынын таш оорусу менен 1221 бейтапка операция жасалган, алардын 112 (9,1%) кабылдоолор жана рецидивдик холедохолитиаз менен түшкөн. Баардыгы кайрадан операция болду, 8 бейтапта операциядан кийинки кабылдоолор болгон алар 7,1% пайызды түздү, каза болгондор болгон жок.

Негизги сөздөр: боор, эт баштыкчасынын, таш оорусу, кайталанма операция, кабылдоолор, рецидив.

SECOND OPERATIONS IN COMPLICATIONS AND RECURRENCES OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

Musaev U.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: 1121 patients with cholelithiasis were operated, 112 (9,1%) of them were with choledocholithiasis complications and recurrences. All the patients had second operations. Complications in postoperative period were in 8 patients (7,1%) There were no lethal outcomes.

Key words: liver, cholelithiasis, complications, repeated operations, recurrences

Желчно-каменная болезнь – распространенное заболевание во всем мире, поражающее не только лиц пожилого возраста, но и среднего и молодого [1,2,9]. В лечении этого заболевания используется медикаментозное и камнедробление, но эти методы не нашли широкого применения из-за малой их эффективности [7,8]. Основным методом остается хирургический, но в момент операции и в послеоперационном периоде, а так же в отдаленные сроки возникает ряд осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства [3,4,5,6]. Продолжаются поиски наиболее эффективных методов лечения этих осложнений, что явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: оценить результаты повторных оперативных вмешательств, выполняемых по поводу осложнений и рецидивов холедохолитиаза.

Материал и методы исследования

В период 2011 и 2012 годов оперировано 1221 больных по поводу желчно-каменной болезни. Из них с осложнениями и рецидивом холедохолитиаза поступило 112 больных, что составило 9,1%. Женщин было 89, мужчин – 43. Возраст колебался от 28 до 72 лет. Давность выполненной ранее операции составляла от одной недели до 5 лет.

Из 112 больных со свежими повреждениями поступили 8 больных (7,1%) (ятрогенные повреждения), с осложнениями в отдаленные

сроки в виде стриктур желчных путей – 38 чел. (33,9%), а остальные поступили по поводу рецидива холедохолитиаза (66 чел.). Из числа поступивших с осложнениями и рецидивами холедохолитиаза первый раз оперированы в нашей клинике 18 больных, а остальным оперативное вмешательство произведено в других лечебных учреждениях республики.

В обследовании больных помимо общеклинических методов использовали УЗИ до операции и в момент ее выполнения, рентгенологический метод (интраоперационная холангиография), трансиллюминация и зондирование протоков.

Результаты и их обсуждение

Все поступившие нуждались в повторном оперативном лечении, так как при всех осложнениях имела место механическая желтуха.

Наиболее многочисленную группу составили больные с рецидивным холедохолитиазом. У 51-го при УЗИ обнаружены конкременты, а у остальных – расширение желчных протоков, свидетельствующих о нарушении проходимости желчных путей.

После кратковременной подготовки, которая включала инфузионную терапию, было выполнено оперативное вмешательство. В момент операции представляло технические сложности выделение холедоха из-за наличия множества сращений. У 16 больных после холедохотомии удалены одиночные плотные конкременты, холедох промыт, проверена его проходимость и операция завершилась наружным дренированием холедоха по Керу, а у 42 больных выполнены билиодигестивные анастомозы в связи с наличием множества мелких конкрементов и замазкообразных масс, а у 8 больных показанием для билиодигестивного анастомоза явилась неуверенность в проходимости холедоха. Из 70 больных с рецидивом холедохолитиаза у 53 наложен холедоходуоденоанастомоз, а у 17 выполнен холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру.

При выборе наложения анастомоза обращали особое внимание на состояние двенадцатиперстной кишки: если она была

расширена, вокруг нее было наличие обширных спаечных сращений, то во избежание рефлюкса в послеоперационном периоде накладывали холедохоеюноанастомоз. Послеоперационный период в этой группе больных протекал благоприятно. Постепенно улучшалось общее состояние, снижался уровень билирубина и другие показатели функционального состояния печени. Дренаж из общего желчного протока удаляли на 8-9 сутки после обязательной холангиографии, а при билиодигестивных анастомозах дренажи из брюшной полости удаляли на 4-5 сутки. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 3-х больных, у 2-х возник плеврит, а у одного – нагноение операционной раны. Других осложнений не наблюдали.

Наиболее сложную группу представляли больные с рубцовыми стриктурами на различных уровнях желчных путей. В момент поступления при УЗИ выявлено расширение холедоха и желчных путей. У 5 больных трудно было судить о протяженности стриктуры, поэтому в день операции им была выполнена чрезкожная, чреспеченочная холангиография. Все 38 больных оперированы. В момент операции у 6 установлена рубцовая стриктура в области общего печеночного протока. Им выполнена операция – бигепатикоеюноанастомоз, а у 18 при рубцовой стриктуре холедоха выполнен холедоходуоденоанастомоз, а у 14 – холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру в связи с наличием дуоденостаза.

В послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, им проводилась массивная инфузионная и противовоспалительная терапия. Осложнения имели место у 3 больных: пневмония – у одной, еще по одному наблюдению были плеврит и нагноение раны.

Еще одну группу (8 чел.) составили больные с ятрогенными повреждениями желчных путей. Из 8 больных двое были оперированы в нашей клинике: одна по поводу острого калькулезного холецистита и еще одна – по поводу хронического калькулезного холецистита. Повреждения были выявлены в момент операции; одной был наложен холедоходуоденоанастомоз, а второй –

холедохоеюноанастомознавыключеннойпетлепо Ру. Послеоперационный период протекал тяжело, но благодаря комплексному лечению удалось добиться выздоровления. Остальные 6 больных поступили из других лечебных учреждений через 3-7 дней после операции, в основном с клиникой разлитого желчного перитонита. При поступлении на основании осмотра, УЗИ и лабораторных методов исследования заподозрено ятрогенное повреждение желчных путей. После кратковременной подготовки взяты на операцию, при лапаротомии и ревизии органов брюшной полости и желчных протоков у одной выявлено повреждение печеночного протока и стриктура дистального отдела холедоха, наложен гепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Послеоперационный период прошел без осложнений. Еще у 3 больных при ревизии выявлено повреждение правого и левого печеночного протока. Им выполнен бигепатикоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру с двухсторонним транспеченочным дренированием по Прадери. Необходимо отметить, что все операции отличались сложностью и значительной травматичностью и тяжестью послеоперационного течения. Продолжительность стационарного лечения составила $16,4 \pm 1,2$ койкоднев.

Таким образом, результаты наших исследований позволяют отметить, что повторные операции являются оправданными в лечении осложнений после холецистэктомии, несмотря на их сложность и травматичность осложнения в ближайшие сроки после операции составили 6,1%, летальных исходов не было.

Литература:

1. Дадвани, С.А. Желчнокаменная болезнь [Текст] / С.А. Дадвани, П.С. Ветшев, А.М. Шулутоко. – М.: Медицина, 2000. – 178 с.
2. Кузнецов, Н.А. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии [Текст] / Н.А. Кузнецов, А.А. Соколов, А.Т. Бронтвейн // Хирургия. – 2011. - № 3. – С. 3-6.
3. Миргасимова, Д.М. Резидуальный холедохолитиаз как причина механической желтухи [Текст] / Д.М. Миргасимова, Р.Ш. Сафин, Д.Ж. Васильев // Междисциплинарный научно-практический журнал. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 59-60.
4. Миронов, В.И. Резидуальный холедохолитиаз после холецистэктомии при остром холецистите [Текст] / В.И. Миронов // Междисциплинарный научно-практический журнал. – 2011. – Том 6, № 2. – С. 61-62.
5. Нишневич, Е.В. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом [Текст] / Е.В. Нишневич, А.В. Столин, И.В. Шелепов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. - № 4. – С. 22-26.
6. Оморев Р.А. Диагностика и лечение механической желтухи различного генеза [Текст] / Р.А. Оморев, Ж.Т. Кунурбаева, Р.Т. Усенбеков. – Бишкек: ОсОО “М Maxita”, 2005. – 337 с.
7. Чекмазов, И.А. Способ растворения камней общего желчного протока и желчного пузыря [Текст] / И.А. Чекмазов, Б.Д. Комаров, С.Г. Гришин // Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы IV конференции хирургов-гепатологов. 3-5 окт. 1996 г. – Тула, 1996. – С. 328-329.
8. Engin, A. Side-to-side choledochoduodnostomy in the management of choledocholithiasis [Text] / A. Engin, M. Haberal, G. Sanac // Brit. J. Surg. – 1998. – Vol. 65, # 2. – P. 90-102.
9. Kuroda, Y. Biliaryenteric anastomosis by means of a single layer serosubmucosal sutures without T-tube drainage [Text] / Y. Kuroda, Y. Suzuki, Y. Ku // Arch. Surg. – 1996. – Vol. 98, # 7. – P. 124-126.

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ЕВСТАХИЕВОЙ ТРУБЫ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Насыров В.А., Нуркеев Н.Б., Буваев Ш.И.

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

Резюме: инородные тела наружного слухового прохода – частое явление в клинической практике ЛОР врача. То же самое нельзя сказать об инородных телах среднего уха и, особенно, Евстахиевой трубы. В данной статье приведен клинический случай инородного тела Евстахиевой трубы – магнитный беспроводной микронаушник.

Ключевые слова: инородное тело, среднее ухо, Евстахиева труба.

ЕВСТАХИЙ ТҮТҮКЧӨСҮНДӨГҮ БӨТӨН ЗАТ

Насыров В.А., Нуркеев Н.Б., Буваев Ш.И.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: ЛОР дарыгеринин клиникалык ишкерлигинде сырткы угуу жолунда бөтөн заттар көп жолугат. Бирок бул сөз ортонку кулакка, жана негизинен, Евстахий түтүкчөсүнө тиешелүү эмес. Бул макалада Евстахий түтүкчөсүнөн алынган бөтөн зат (зымсыз микрочип) туралуу баяндалган.

Негизги сөздөр: бөтөн зат, ортонку кулак, Евстахий түтүкчөсү.

FOREIGN BODY IN THE EUSTACHIAN TUBE (CASE REPORT)

Nasyrov V.A., Nurkeev N.B., Buvaev Sh.I.

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

Resume: foreign bodies of the external ear are very common of ENT practice; the same can not be said about foreign bodies of the middle ear, especially of the Eustachian tube. Case presentation: patient with foreign body in the Eustachian tube – the magnetic wireless microear-phone is given in this article.

Key words: foreign body, middle ear, Eustachian tube.

Введение. В клинической практике ЛОР врача инородные тела наружного слухового прохода, как у взрослых так и у детей, встречаются достаточно часто. Инородные тела барабанной полости среднего уха встречаются реже, это чаще всего: вентиляционные трубки, детали интраканальных слуховых аппаратов, материалы для оссикулопластики и для восстановления стенок барабанной полости [2]. Инородные тела Евстахиевой трубы встречаются еще реже. В доступной нам литературе описаны случаи таких инородных тел Евстахиевой трубы как: деревянная палочка для барбекю, дистальный конец буза, изогнутая металлическая проволока, рисовое зернышко, вишневая косточка и др... [1]. С развитием цифровых технологий, которые существенно упрощают жизнь человека, список инородных тел, в том числе и уха, пополнился. В последнее время стали популярны беспроводные микронаушники, которые особо ценятся студентами и людьми, которые по роду деятельности часто выступают на публике.

Микронаушник — миниатюрное беспроводное устройство, вставляемое внутрь наружного слухового прохода, предназначенное для скрытой, то есть незаметной для окружающих, передачи звуковых сигналов.

Клинический случай. Пациент Б., 22 года, обратился в ЛОР отделение Медицинского Центра КГМА им. И.К. Ахунбаева (Медицинская карта №3).

Жалобы при поступлении: на инородное тело уха слева.

Из анамнеза: со слов больного накануне, с целью проверки свойств микронаушника вставил его в левый наружный слуховой проход. Удалить микронаушник, даже с помощью специально прилагаемого магнита, пациент не смог.

При отомикроскопии: AS - наружный слуховой проход свободный, без содержимого. Имеется тотальный дефект барабанной перепонки. Видимая слизистая оболочка на медиальной стенке не изменена, Евстахиева труба – II степени проходимости. AD – без

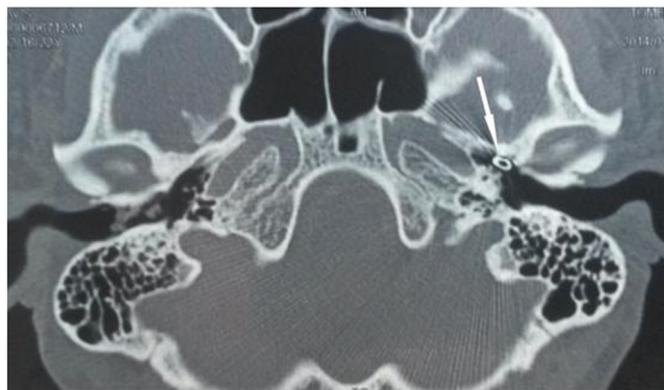


Рис. 1. КТ височной кости в аксиальной проекции – инородное тело расположено в костном отделе Евстахиевой трубы слева.

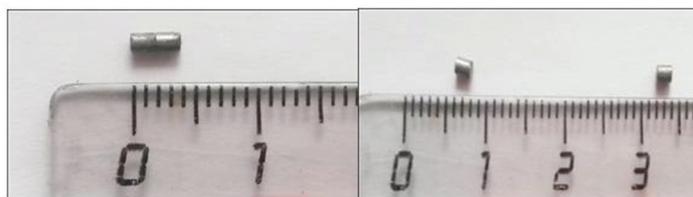


Рис. 2. Инородное тело – магнитный беспроводной микрочип.

особенностей. Больной был направлен на компьютерную томографию височной кости и аудиометрию.

Заключение КТ (от 14.01.2014): данные за металлическое инородное тело костного отдела слуховой трубы (рис. 1.).

Заключение аудиологического исследования (от 17.01.2014): Кондуктивная тугоухость I степени слева.

Больному выставлен диагноз: «Хронический гнойный средний отит слева в фазе ремиссии. Инородное тело Евстахиевой трубы слева».

20.01.2014. больному под местной анестезией выполнена операция: «Удаление инородного тела Евстахиевой трубы слева. Тимпанопластика I тип слева». Инородное тело (рис. 2.) было расположено в костном отделе Евстахиевой трубы у тимпанального соустья и удалено с помощью микрощипчиков без повреждения цепи слуховых косточек или каких-либо других осложнений. Инородное тело (магнитный микрочип) состояло из 2 частей: длина 2 мм, диаметр – 1.5 мм.

Слизистая оболочка на месте расположения инородного тела была отечна, гиперемирована. Восстановление барабанной перепонки выполнено аутографтом – глубоким листком фасции височной мышцы. Операция

прошла без осложнений. Больной выписан 22.01.2014.

Заключение. Клинически инородные тела уха, в зависимости от повреждения тех или иных структур уха, могут сопровождаться болью, снижением слуха, шумом в ухе, слизистогнойными выделениями... В зависимости от характера инородного тела имеется риск повреждения горизонтальной порции канала лицевого нерва с развитием пареза мышц лица, повреждение костных стенок барабанной полости и близлежащих сосудов с развитием кровотечения из яремной вены, внутренней сонной артерии [3]. Поэтому, удаление инородного тела уха, мы бы рекомендовали проводить у специалиста с применением современных методов визуализации (микроскопы, эндоскопы) и микрохирургического инструментария.

Литература:

1. Eleftheriadou A. et al. *Metallic foreign body in middle ear: an unusual cause of hearing loss // Head Face Med.* 2007;3:23.
2. Piromchai P. et al. *A Child Presenting with a Bullet in the Middle Ear: Case Report // Clinical Medicine Insights: Case Reports* 2012;5 1–4
3. Shashinder S. et al. *Foreign body in the middle ear; a hearing aid complication // Med J. Malaysia.* - 2008.- Vol.63 No 3

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Токтогулов О.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница № 1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения послеоперационных грыж у 132 больных с большими и гигантскими вентральными грыжами. В пластике грыжевых ворот применена полипропиленовая сетка. Осложнения в виде инфильтрата отмечены у 2 больных (1,5%).

Ключевые слова: брюшная стенка, вентральные грыжи, оперативное лечение, осложнения.

ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ВЕНТРАЛДЫК ЧУРКУНУ ДАРЫЛОО

Токтогулов О.Ж.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№ 1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Чоң жана ири вентралдык чурку менен жабыркаган 132 бейтаптын операциядан кийинки операция жолу менен дарылоонун жыйынтыктары көрсөтүлдү. Чуркунун сырткы пластикасында полипропендүү тор колдонулду. Инфильтрат түрүндөгү кабылдап кетүү 2 ооруда кездешкен (1,5%).

Негизги сөздөр: ички капталдар, операциядан кийинки вентралдык чурку, операция аркылуу дарылоо, кабылдап кетүү.

TREATMENT OF POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS

Toktogulov O. J.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Municipal clinical hospital #1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The results of surgical treatment of postoperative hernias in 132 patients with large and giant hernias are presented. Polypropylene mesh was used in the hernia hilus plasty. The complications in form of infiltrate were in 2 patients (1,5%).

Key words: abdominal wall, ventral hernias, surgical treatment, complications.

Введение

Одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии является лечение послеоперационных вентральных грыж, частота которых занимает 2-е место по удельному весу среди всех грыж брюшной стенки [1,2]. Актуальность проблемы обусловлена тем, что в последние годы отмечается существенный рост числа больных с послеоперационными грыжами, которые снижают трудоспособность больных и нередко являются причиной инвалидности [3,4].

Рост заболеваемости многие исследователи объясняют расширением показаний к большим травматичным операциям, неадекватным выбором доступа, использованием шовного материала, на который возникает воспалительная реакция, возникновение различных осложнений, особенно гнойно-воспалительного характера и др.

В лечении послеоперационных вентральных грыж разработано множество различных методов с использованием тканей брюшной стенки, а также с применением сухожилий, мозговых оболочек, апоневроза. Разработана методика применения кожных лоскутов и их использование давало неплохие результаты [6,7], но из-за сложности подготовки кожного лоскута и его обработки метод не нашел широкого применения.

В последние годы появились сообщения об успешном применении полипропиленовых, проленовых сеток в оперативном лечении вентральных грыж [3,8,9], но многие вопросы остаются еще нерешенными, это способ фиксации сетки, ее расположения и профилактика воспалительных осложнений.

Цель работы: Оценить результаты применения полипропиленовой сетки в лечении

послеоперационных вентральных грыж.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 132 больных с послеоперационными вентральными грыжами. Мужчин было 50, женщин – 82, возраст больных колебался от 32 до 62 лет. Давность заболевания колебалась от 3 месяцев до 10 лет. Наиболее часто грыжи возникали после гинекологических операций (46 чел.), холецистэктомии (27 чел.), аппендэктомии (21 чел.) и реже после других оперативных вмешательств.

В обследовании больных помимо общеклинических методов (общий анализ крови, мочи, свертываемость крови, ЭКГ и флюорографии грудной клетки) использовали УЗИ до операции для выявления патологии органов брюшной полости, определения размеров грыжевых ворот, характера содержимого, а в послеоперационном периоде УЗИ использовали для оценки течения раневого процесса. Для решения вопроса об объеме операции исследовали показатели внешнего дыхания и коэффициент напряжения брюшной стенки по Хиторяну и соавт. [5].

Если показатели внешнего дыхания были сниженными, а коэффициент напряжения был выше 2,09, то пластику осуществляли с полным сохранением объема брюшной полости, а если показатели внешнего дыхания была в пределах нормы, а коэффициент Хиторяна ниже 2,09, то пластику осуществляли с уменьшением объема брюшной полости.

Результаты и их обсуждение

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, из 132 у 72 пластика выполнена с сохранением объема брюшной полости. После иссечения избытка кожи над грыжевым выпячиванием очень осторожно выделяли грыжевой мешок, вскрывали его, рассекали сращения и вправляли грыжевое содержимое. Если содержимым был сальник, то частично его резецировали. Грыжевой мешок не иссекали, а рассекали до грыжевых ворот и в виде двух лоскутов укладывали на подлежащие петли кишечника и сальник. Апоневроз освобождали от сращений на 1-1,5 см, а затем к нему по периметру подшивали полипропиленовую сетку.

В подкожную клетчатку в верхнем углу раны помещали два микроирригатора, через которые в послеоперационном периоде выполняли орошение озонированными растворами, а в нижних углах раны также помещали 2 микроирригатора, через которые выполняли активную аспирацию отделяемого.

Вторую группу составили 60 больных, у которых при пластике можно уменьшить объем брюшной полости. После выделения грыжевого мешка и иссечения его избытка грыжевые ворота ушивали узловыми швами, наложенными мышечно-апоневротический слой, но в этой группе больных мышцы и апоневроз, как правило, были атрофированы и при наложении швов, они нередко расслаивались, поэтому для профилактики рецидива использована полипропиленовая сетка, которую укладывали поверх линии шва и фиксировали к апоневрозу. Меры профилактики осуществлялись также, как и в первой группе больных.

Послеоперационный период протекал благоприятно, больные получали антибиотики (цефазолин или ампициллин), инфузионную терапию в зависимости от состояния больных и орошение подкожно-жировой клетчатки озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл на протяжении 4 суток. На 4-5 сутки верхние дренажи удаляли, а на следующий день – нижние. Обязательно выполняли УЗИ и следили за состоянием операционной раны. Лишь у 2 больных выявлен инфильтрат в области шва, назначено 5 сеансов инфракрасного лазерного облучения, инфильтрат быстро уменьшался. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Полипропиленовая сетка может быть использована для полного замещения грыжевых ворот с сохранением объема брюшной полости и для укрепления линии шва при атрофии мышц и апоневроза.

2. При оптимальном выборе метода пластики с учетом показателей внешнего дыхания и коэффициента напряжения брюшной стенки осложнения в послеоперационном периоде минимальные.

Литература:

1. Кочнев, О.С. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж [Текст] / О.С. Кочнев, Г.Б. Курбанов, В.Н. Бирильцев // Казанский мед. журнал. – 1990. - № 4. – С. 270-271.
2. Рудин, Э.П. Лечение послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Э.П. Рудин, А.В. Богданов, П.В. Шевченко // Вестник хирургии. – 1990. - № 12. – С. 76-78.
3. Рутенбург, Г.М. Возможности применения различных вариантов хирургического лечения послеоперационных грыж [Текст] / Г.М. Рутенбург, Д.Ю. Богданов, А.А. Чистяков // Герниология. – 2005. - № 4. – С. 3-8.
4. Рухлядеева, М.П. Хирургическое лечение вентральных грыж методом наружного кожного рубца под апоневроз [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.П. Рухлядеева. – Куйбышев, 1952. – 32 с.
5. Хитарьян, А.Г. Способ выбора оптимального варианта пластики при оперативном лечении вентральных грыж [Текст] / А.Г. Хитарьян, Х.И. Мишоян, Х.И. Эль-Сахли // Патент, 2001. Ru A 61 B 17/00 № 2199271.
6. Янов, В.Н. Термическая обработка аутодермальных имплантатов [Текст] / В.Н. Янов // Вестник хирургии. – 1975. - № 9. – С. 90-91.
7. Янов, В.Н. Анализ результатов сорокалетнего применения наружного трансплантата в хирургической практике [Текст] / В.Н. Янов, Э.В. Просяный, А.В. Четверикова // Клиническая хирургия. – 2003. - № 11. – С. 36.
8. Hussenstein, I. Hernioplasties des hernies inguinales. A propos de 125 cas de greffes de peau totale [Text] / I. Hussenstein // Ann. Chir. – 1951. – Vol. 29. – P. 1245-1255.
9. Loewe, O. Ueber Hsutimplantation an stele der freien Faszien – plastic [Text] / O. Loewe // Munchen Med. Wochenschr. – 1913. – Bd. 60. – S. 1320-1321.



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

СТАНДАРТИЗАЦИЯ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ МЕЛИСЫ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ

Арипова Н.Б., Комилов Х.М.

Ташкентский фармацевтический институт

Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме: В статье представлены результаты исследований по стандартизации настойки и сухого экстракта Melissa officinalis лекарственной. В результате проведенных анализов были разработаны методики качественного и количественного определения с использованием метода ВЭЖХ для сухого экстракта и настойки.

Ключевые слова: Melissa officinalis лекарственной, стандартизация, экстракт, настойка, препарат «Седарем».

STANDARDIZATION OF NEW DRUG DOSAGE FORMS MELISSA OFFICINALIS

Aripova N.B., Komilov H.M.

Tashkent Pharmaceutical Institute

Tashkent, Republic of Uzbekistan

Resume: The article presents the results of research on standardization of dry extract and tincture balm. As a result of the analysis techniques have been developed qualitative and quantitative determination using a HPLC method for the dry extract and tinctures.

Key words: Melissa officinalis, standardization, extract, tincture, drug "Cedarem".

Препарат «Седарем» в форме таблеток, покрытых оболочкой, капсул и настойки имеет оригинальный состав и разработан на основе четырех видов лекарственных растений, являющихся основой для получения седативных средств. [1,2]. Препарат разработан на основе данных о применении лекарственных растений для лечения и профилактики неврозов и неврозоподобных состояний в традиционной и научной медицине, принципов составления многокомпонентных препаратов, сырьевых ресурсов и результатов фармакологического скрининга. Все компоненты, входящие в виде трав и листьев в состав комплексной композиции, разрешены к применению в медицинской практике.

Целью нашей работы является стандартизация новых лекарственных форм Melissa officinalis настойки и сухого экстракта, входящих в состав препарата «Седарем».

Экспериментальная часть. Контроль качества настойки Melissa officinalis лекарственной, полученной методом мацерации с использованием 80% спирта, проводили согласно требованиям отраслевого стандарта TSt 42-01-2002 «Стандарты качества лекарственных средств» по следующим показателям: описание, подлинность, содержание спирта, плотность, pH, сухой остаток, тяжелые металлы, микробиологическая чистота и количественное определение.

Настойка Melissa officinalis представляет собой

прозрачную жидкость зеленого цвета, со специфическим запахом.

Подлинность настойки определяли качественной реакцией на фенольные соединения.

Методика определения. К 2-3 мл препарата прибавляли 2-3 капли раствора аммониевых квасцов, появлялось зеленовато-черное окрашивание.

Спирт, входящий в состав настойки, определяли фармакопейным методом по плотности отгона. В настойке содержание спирта должно быть не менее 70%.

Плотность настойки определяли взвешиванием настойки в пикнометре. Плотность настойки составила 0,820- 0,845 г/см³ [3].

Показатель pH определяли потенциометрическим методом. Полученная настойка имеет показатель pH 4,5-7,5.

Для определения сухого остатка 5 мл настойки помещали во взвешенный бюкс, выпаривали на водяной бане досуха и сушили два часа при $102 \pm 2,5^{\circ} \text{C}$, затем охлаждали в эксикаторе 30 мин. Содержание сухих веществ составило 0,5%.

Содержание тяжелых металлов определяли по методике, приведенной в ГФ XI. Содержание тяжелых металлов в настойке не превышало установленной нормы.

Для определения микробиологической чистоты испытания проводят в соответствии с требованиями ГФ XI, вып. 2, с. 193 и

Изменения №2 от 12.10.2005 г, категория 3 Б, как для препарата, обладающего антимикробной активностью. В 1 мл препарата допускается наличие не более 10^4 общего числа аэробных бактерий, не более $2 \cdot 10^2$ общего числа грибов, не более 10^2 энтеробактерий и некоторых других грамотрицательных бактерий при отсутствии *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* в 1 мл препарата и отсутствии *Salmonella* в 10 мл настойки.

Количественное содержание фенольных соединений в пересчете на розмариновую кислоту в настойке Melissa лекарственной определяли методом ВЭЖХ. Анализ проводили на жидкостном хроматографе Agilent Technologies 1200 с УФ-детектором. При разделении исследуемого препарата методом ВЭЖХ были использованы обращенно-фазные колонки и подвижные фазы с органическими растворителями в смеси с водой и буферными растворами.

Приготовление испытуемого раствора. Около 500 мг (точная навеска) препарата помещали в мерную колбу вместимостью 25 мл, прибавляли 12 мл 50 % этилового спирта, подвергали обработке на УЗ-бане в течение 10 мин, объем раствора доводили до метки тем же растворителем, перемешивали. Фильтровали через бумажный фильтр «синяя лента».

Приготовление раствора рабочего стандартного образца (PCO) розмариновой кислоты. Около 10 мг (точная навеска) PCO розмариновой кислоты помещали в мерную колбу вместимостью 10 мл, растворяли в 50% этаноле, объем раствора доводили до метки этим же растворителем, перемешивали. Использовали хроматографическую колонку

ODS с 18, 250 мм x 4,6 мм, с размером частиц 5 мкм или эквивалентную; УФ- детектирование проводили при длине волны 220 нм. Скорость потока подвижной фазы-1,2 мл/ мин. Спектрофотометрический детектор при длине волны 330 нм. Объем вводимой пробы- 20 мкл, температура 25 °С. Время удерживания розмариновой кислоты около 8 мин. Подвижной фазой А- 0,01 М раствор двузамещенного фосфорнокислого натрия (рН 4,9); подвижная фаза В - метанол. Для получения достоверных результатов использовали следующие градиентные режимы, представленные в таблице 1.

По 20 мкл испытуемого раствора и раствора PCO розмариновой кислоты попеременно хроматографировали в жидкостной хроматографе, получая не менее 5 хроматограмм для каждого из растворов, результаты которых представлены на рисунке 1 и 2.

Содержание фенольных соединений (X, мг/100мл) в пересчете на розмариновую кислоту вычисляли по формуле:

$$X = \frac{S_1 \cdot m_0 \cdot 25 \cdot P \cdot d}{S_0 \cdot 10 \cdot m_1 \cdot 100} = \frac{S_1 \cdot m_0 \cdot P \cdot d}{S_0 \cdot m_1 \cdot 40}$$

где, S_1 -среднее значение площадей пиков розмариновой кислоты вычисленное по хроматограммам испытуемого раствора; S_0 - среднее значение площадей пиков розмариновой кислоты, вычисленное по хроматограммам раствора PCO розмариновой кислоты; P- содержание розмариновой кислоты в PCO розмариновой кислоты в процентах; m_1 - масса навески препарата в миллиграммах; m_0 - масса навески PCO розмариновой кислоты в миллиграммах; D- плотность препарата.

Таблица 1

Время (мин)	Подвижная фаза А, (%)	Подвижная фаза В, (%)
10	98	2
13	98	2
20	40	60
23	40	60
24	2	98
25	2	98

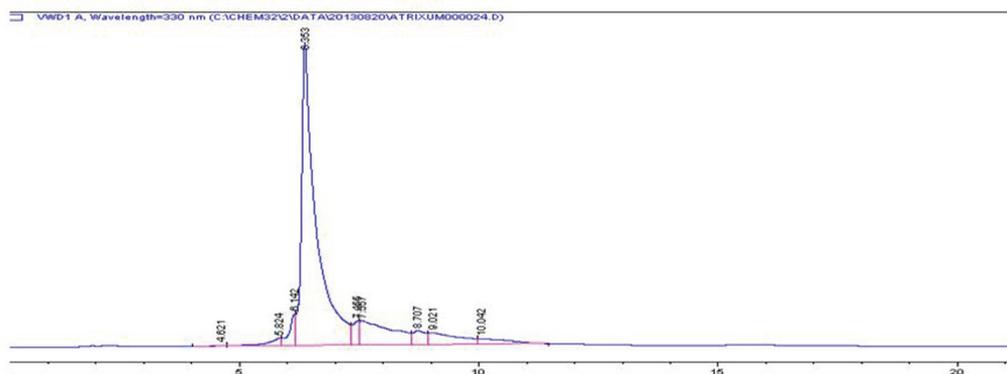


Рис. 1. Хроматограмма настойки мелиссы лекарственной

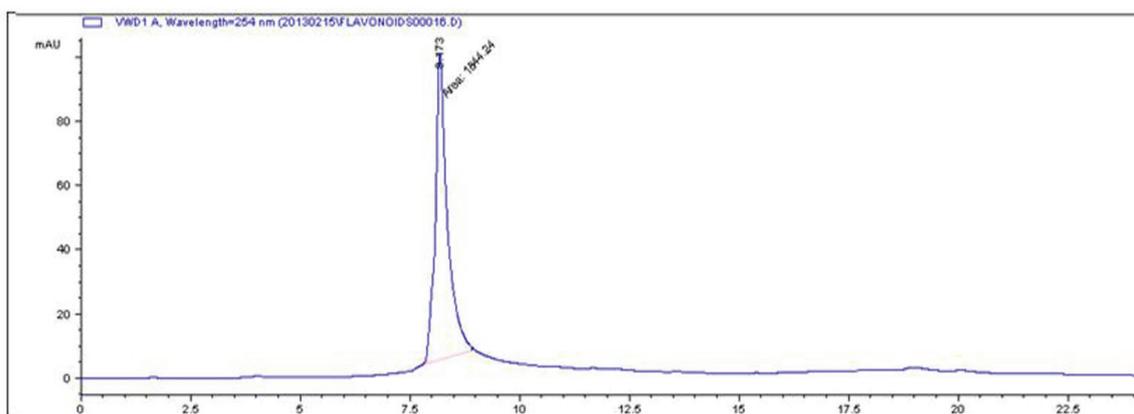


Рис. 2. Хроматограмма раствора РСО розмариновой кислоты

Таблица 2

Метрологические характеристики методики количественного определения фенольных соединений в настойке мелиссы лекарственной

Содержание суммы фенольных соединений в пересчете на розмариновую кислоту, %	X_{cp}	S^2	S	$t(98\%,4)$	ΔX	ΔX_{cp}	E%	$\square\%$
1,15	1,154	0,027	0,061	2,78	0,169	0,061	1,31	0,59
1,16								
1,16								
1,15								
1,15								
1,17								

Результаты количественного определения фенольных соединений в настойке мелиссы были подвергнуты статистической обработке (табл. 2).

Дальнейшие исследования были направлены на стандартизацию сухого экстракта мелиссы лекарственной.

Стандартизация сухого экстракта мелис-

сы лекарственной проведена в соответствии с требованиями ГФ XI по показателям: описание, подлинность, потеря в массе при высушивании, тяжелые металлы, микробиологическая чистота и количественное определение. Сухой экстракт мелиссы лекарственной представляет собой сухой порошок от светло-коричневого до темно-

ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ

коричного цвета. Сухой экстракт мелиссы лекарственный легко растворим в спирте и мало растворим в воде.

Потерю в массе при высушивании определяли в соответствии с требованиями ГФ XI, вып. 1, с. 176. Сушили при температуре 60 °С, при давлении 1 атм. в течение часа. Потеря в массе при высушивании не превышала 6,0 %.

Определение тяжелых металлов проводили по методике, описано в ГФ XI. Все исследованные серии экстрактов выдерживали общее требование (не более 0,01%) [3].

Микробиологическая чистоту сухого экстракта проверяли на соответствие требова-

ниям, указанным в ГФ XI, вып. 2, с. 193 и Изменении №2 от 12.10.2005 г, категория 3.2. Согласно последним в 1 г субстанции допускается наличие не более 10^4 аэробных бактерий, общего числа грибов не более 10^2 , энтеробактерий и некоторых других грамотрицательных бактерий не более 10^2 , при отсутствии *Esherichia coli*, *Pseudomonas aeriginosa*, *Staphylococcus aureus* и *Salmonella* в 1 г субстанций. Все опытные серии выдерживали указанные требования.

Количественное содержание фенольных соединений в пересчете на розмариновую кислоту в экстракт мелиссы лекарственной определяли методом ВЭЖХ.

Таблица № 3.

Время (мин)	Подвижная фаза А, (%)	Подвижная фаза В, (%)
10	98	2
13	98	2
20	40	60
23	40	60
24	2	98
25	2	98

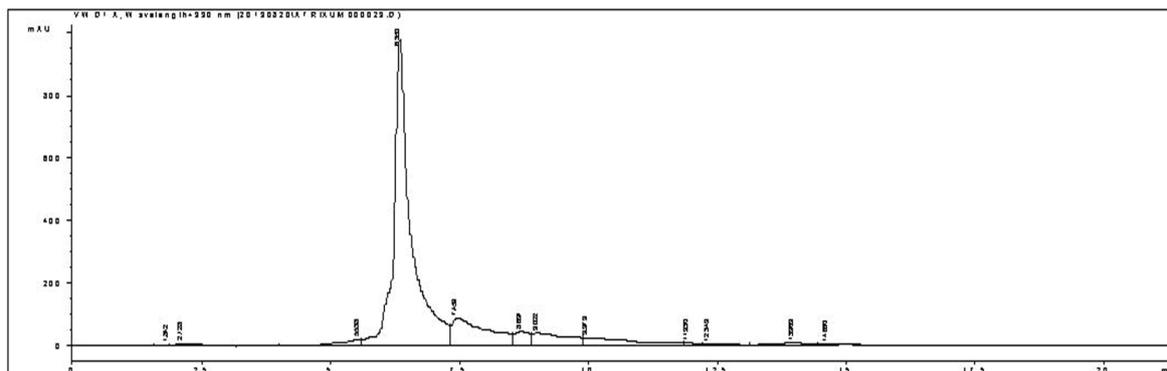


Рис. 3. Хроматограмма экстракта мелиссы лекарственной

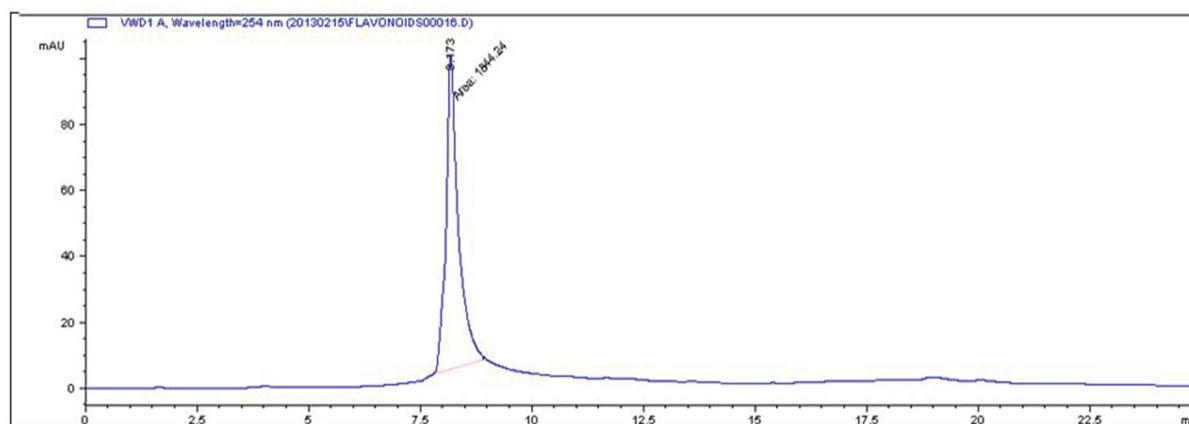


Рис.4. Хроматограмма раствора РСО розмариновой кислоты

Таблица 4

Метрологические характеристики методики количественного определения фенольных соединений в настойке Melissa лекарственной

Содержание суммы фенольных соединений в пересчете на розмариновую кислоту, %	X_{cp}	S^2	S	$t(98\%,4)$	ΔX	ΔX_{cp}	E	\square
5,54 5,55 5,54 5,55 5,56	5,548	0,0037	0,008	2,78	0,0083	0,008	0,565%	0,252%

Приготовление испытуемого раствора.

Около 50 мг (точная навеска) испытуемого препарата помещали в мерную колбу вместимостью 25 мл, прибавляли 12 мл 50% этилового спирта, подвергали обработке на УЗ-бане в течение 10 мин, объем раствора доводили до метки тем же растворителем, перемешивали. Полученный раствор фильтровали через бумажный фильтр «синяя лента».

Приготовление раствора рабочего стандартного образца (PCO) розмариновой кислоты. Около 10 мг (точная навеска) PCO розмариновой кислоты помещали в мерную колбу вместимостью 100 мл, растворяли в 50% этиловом спирте (при необходимости подвергали обработке на УЗ-бане), объем раствора доводили до метки тем же растворителем, перемешивали.

Использовали хроматографическую колонку Zorbax Eclipse, размером 4*100мм, наполненную сорбентом C 18, Nucleosil 4x100мм с размером частиц 5 мкм или эквивалентную. Подвижная фаза А-0,01 М раствор двузамещенного фосфорнокислого натрия рН 4,9 подвижная фаза В- метанол. Для получения достоверных результатов использовали следующие градиентные режимы, представленные в таблице 3.

УФ - детектирование проводили при длине волны 230 нм; скорость потока подвижной фазы - 1,5 мл/ мин; объем вводимой пробы-20 мкл; температура термостата колонок составила 25 °С.

По 20 мкл испытуемого раствора и раствора PCO розмариновой кислоты попеременно хроматографировали в жидкостной хроматографе, получая не менее 5 хроматограмм для каждого из растворов, результаты которых

представлены на рисунке 3 и 4.

Содержание фенольных соединений ($X, \%$) в пересчете на розмариновую кислоту вычисляли по формуле:

$$X = \frac{S_1 \cdot m_0 \cdot 25 \cdot P \cdot 100}{S_0 \cdot 100 \cdot m_1 \cdot 100} = \frac{S_1 \cdot m_0 \cdot P}{S_0 \cdot m_1 \cdot 4}$$

где S_1 - среднее значение площадей пиков розмариновой кислоты, вычисленное по хроматограммам испытуемого раствора; S_0 - среднее значение площадей пиков розмариновой кислоты, в процентах; m_1 – масса навески препарата в граммах; m_0 - масса навески PCO розмариновой кислоты в миллиграммах; P -содержание розмариновой кислоты в PCO розмариновой кислоты в процентах.

Результаты количественного определения фенольных соединений в экстракте Melissa подвергнуты статистической обработке. (табл. 4).

Выводы. Впервые проведены исследования по стандартизации новых лекарственных форм - настойки и экстракта Melissa лекарственной. На основании полученных данных разработаны и представлены на утверждение фармакопейные статьи предприятия на указанные препараты.

Литература:

1. Арипова Н.Б., Комилов Х.М., Ибрагимова Ш.С., Худаяров Ф.А. Разработки методов стандартизации настойки «СЕДАРЕМ» //Фармацевтический журнал. -Ташкент, 2012. -№ 4.- С. 29-33.
2. Арипова Н.Б., Файзуллаева Н.С., Комилов Х.М. Разработка состава и технологии таблеток «Седарем» покрытых оболочкой. //Фармацевтический журнал. -Ташкент, 2013.- № 3. - С. 46-51
3. Государственная фармакопея. изд. XI. – М.: Медицина, 1990. Вып.2. С - .144.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА УЛЬТРАФОНОФОРЕЗОМ «АНТОКСИДА»

Абасканова П.Д., Куттубаева К.Б., Алымкулов Р.Д.

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

Резюме. В статье представлены результаты лечения хронического генерализованного пародонтита с применением ультрафонофореза «Антоксида». Ремиссия была достигнута у 86,4% пациентов. Доля больных с ремиссией через 6 месяцев составила 83,3%, а через 12 месяцев после курса лечения этот показатель составил 81%.

Ключевые слова: пародонтит, лечебные средства, ультрафонофорез.

ПАРОДОНТИТ ООРУСУН УЛЬТРАФОНОФОРЕЗ «АНТОКСИД» МЕНЕН ДАРЫЛООДО АЛЫСКЫ ТЫЯНАГЫ

Абасканова П.Д., Куттубаева К.Б., Алымкулов Р.Д.

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

Корутунду. Бул макалада «Антоксид» каражаты ультрафонофорез менен жүргүзүү, кеңири жайылган өнөкөт пародонтитти дарылоонун натыйжалары берилди. Дарылангандардын 86,4% оорунун басандаганы, 6 айдан кийин алардын 83,3%, 12 айдан кийин 81% туруктуу калыбына келген натыйжасын көрсөттү.

Негизги сөздөр: пародонтит, дарылык каражаттар, ультрафонофорез

REMOTE RESULTS OF THE TREATMENT OF THE PARODONTAL DISEASE BY ULTRAFONOFORESIS «ANTOKSID»

Abaskanova P.D., Kuttubaeva K.B., Alymkulov R.D.

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

Resume. This article presents the results of the treatment of the chronic generalized parodontitis with application of ultrafonoforesis "Antoksida". Remission was reached in 86,4% of patients. The share of patients with remission in 6 months was 83,3%, and in 12 months after a course of treatment this indicator was 81%.

Key words: parodontal disease, remedies, ultrafonoforesis.

Актуальность. Физиотерапевтические методы лечения являются неотъемлемой частью консервативной терапии хронических форм пародонтита. При этом одним из наиболее эффективных физиотерапевтических методов воздействия считается использование низкочастотных ультразвуковых колебаний, вследствие их выраженного противовоспалительного, десенсибилизирующего, анальгезирующего, метаболического действия, способности улучшать микроциркуляцию и усиливать диффузию лекарственных веществ [3,4,5].

Немаловажным моментом является влияние ультрафонофореза на активацию

репаративных процессов. При этом частичная деминерализация костной ткани, возникающая после курсового проведения ультрафонофореза, приводит к стимулированию остеоиндуктивных процессов, выполняя роль пускового механизма костной регенерации [1,2].

Целью исследования явилось – изучение ультрафонофореза лечебного средства «Антоксид» для повышения эффективности комплексной терапии хронического генерализованного пародонтита.

Материал и методы исследования. Клинические исследования эффективности «Антоксида» с использованием метода ультрафонофореза (УФФ) включало в себя

комплексное обследование и лечение 22 пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести. В группе исследования 16,7% составили больные в возрасте 20-29 лет; 20,8% - 30-39 лет; 30,6% - пациенты в возрасте 40-49 лет; 31,9% пришлось на долю больных 50-59 лет.

Анкетное обследование пациентов на основании «Теста самочувствия» выявило, что большинство пациентов считали себя относительно здоровыми людьми. Объективное обследование показало, что 17 пациентов предъявляли жалобы на кровоточивость, неприятный запах, гноетечение из зубодесневых карманов, 5 пациентов отмечали ноющие боли, и наблюдалась подвижность зубов II-III степени.

Показатели клинических индексов отчетливо указывали на запущенный патологический процесс в пародонте и неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. ГИ у пациентов группы исследования в среднем составил $3,7 \pm 0,44$ балла. ПИ при этом был $3,9 \pm 0,12$ балла. Глубина пародонтального кармана у пациентов до лечения, в среднем, составляла $5,7 \pm 0,5$ мм. Определение стойкости капилляров десны выявило достоверное снижение времени образования гематомы и составило $18 \pm 0,11$ секунды.

Рентгенологическое обследование с помощью внутри - и внеротовых рентгеновских снимков выявило появление крупнопетливой структуры кости, убыль костной ткани межальвеолярных перегородок зуба и неравномерную атрофию кости у зубов разных групп.

Эхоостеометрическое обследование проводили помощью аппарата ЭОМ-01, выявило пористость, и уменьшение времени прохождения ультразвука по прямолинейному участку кости.

На основании клинического обследования и рентгенологических и эхоостеометрических данных, выявлялась выраженная деструкция всех тканей пародонта, с образованием патологического кармана, что подтверждает диагноз хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести.

Комплексная терапия пациентов согласно общепринятым схемам начиналась

с ультразвуковой чистки минерализованных зубодесневых отложений и эпителиального содержимого патологических карманов, обработку проводили под «антисептическим прикрытием» раствором фурацилина. Все пациенты не имели противопоказаний к проведению физиотерапевтических методов лечения.

После прекращения экссудации, проводили процедуру УФФ «Антоксида» по 5-7 минут на верхней и нижней челюстях. Курс состоял из 6-8 воздействий через 1 день. Процедуру заканчивали накладыванием на десневой край давящей твердеющей повязки «Парасепт». По показаниям пациентов санировали (проводили терапию кариеса и его осложнений, удаляли нефункциональные корни зубов и подвижные зубы). На дом местно назначалось средство «Антоксид» в виде лечебно-профилактического средства гигиены полости рта. По патогенетическим показаниям назначались десенсибилизирующие средства, поливитамины и препараты кальция.

Купирование пародонтального симптомокомплекса, заметная положительная динамика клинических показателей у пациентов исследования наступала на 3 посещение, а значительное улучшение отмечалось со стабилизацией показателей наблюдалось на 7 посещение после начала лечения. В среднем курс лечения больных пародонтитом с использованием УФФ «Антоксида» состоял из 5-7 процедур, в течение 15-20 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования в ближайшие сроки (на 3 и 7 посещение) выявили картину стойкой ремиссии у 19 пациентов (86,4%). Общее самочувствие улучшилось у 100% обследуемых, 3 пациента (13,6%) продолжали отмечать дискомфорт в полости рта.

Всех пациентов после проведения комплексной терапии по индивидуальным показаниям рационально протезировали. Данные ближайших результатов лечения больных представлены в таблице 1.

Ближайшие результаты наглядно продемонстрировали преимущества сочетанного воздействия средства «Антоксид» и ультразвука,

Таблица 1

Ближайшие результаты лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом

Сроки наблюдения	Кол-во больных	Показатели			
		ГИ	ПИ	Проба Кулаженко (сек)	Глубина пародонтального кармана (мм)
До лечения	22	3,7±0,4	3,9±0,1	18±0,1	5,7±0,5
Через 3 процедуры	22	1,8±0,1*	1,5±0,2*	28±0,2*	3,3±0,4*
Через 7 процедур	22	1,0±0,2**	1,3±0,1**	55±0,3**	1,5±0,3**

Примечание: *, ** - разница статически значима в сравнении с пациентами до лечения ($p < 0,05$)

Таблица 2

Отдаленные результаты больных с хроническим генерализованным пародонтитом

Сроки наблюдения	Кол-во больных	Показатели			
		ГИ	ПИ	Проба Кулаженко (сек)	Глубина пародонтального кармана (мм)
До лечения	22	3,7±0,4	3,9±0,1	18±0,1	5,7±0,5
Через 6 месяцев	18	1,2±0,2*	1,1±0,4*	55±0,2*	2,1±0,1*
Через 12 месяцев	18	1,2±0,1**	1,0±0,2**	50±0,2**	2,2±0,2**

Примечание: *, ** - разница статически значима в сравнении с пациентами до лечения ($p < 0,05$)

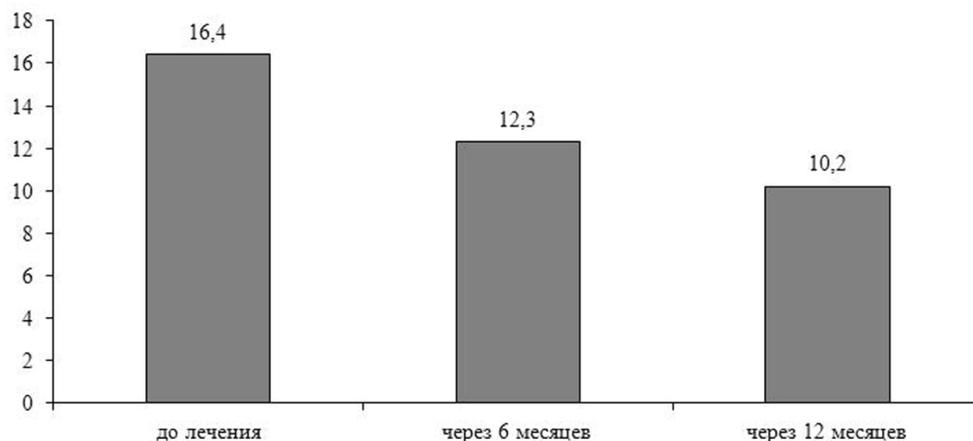


Рис. 1. Динамика показателей эхоостеометрии у больных с хроническим генерализованным пародонтитом

что нашло свое подтверждение в сокращении сроков лечения и нормализации клинических показателей.

Результаты исследования через 6 и 12 месяцев регистрировались у 18 пациентов. Ни у одного больного не было зубных отложений. Незначительное воспаление маргинальной десны отмечалось у 3 пациентов (16,7%). У всех остальных пациентов – 15 (83,3%) десна имела бледно-розовый цвет, плотно прилегала к поверхности зуба. Данные клинических показателей в отдаленные сроки лечения приведены в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, через 6 месяцев средняя глубина пародонтального кармана у пациентов обследуемой группы составила $2,1 \pm 0,14$ мм, ГИ – $1,2 \pm 0,23$ балла, ПИ – $1,1 \pm 0,4$ балла, стойкость капилляров не претерпела существенных изменений и составила $55 \pm 0,15$ секунд. Через 12 месяцев показатели существенно не изменились.

Результаты исследования плотности костной ткани у больных показали, что данные эхоостеометрии у пациентов через 6 и 12 месяцев составляли $12,3 \pm 0,33$ мкс и $10,2 \pm 0,12$ мкс соответственно, что отчетливо свидетельствовало об уплотнении костной ткани (рис. 1).

Рентгенологические показатели у больных в отдаленные сроки также указывали на стабилизацию патологического процесса, проявляющуюся в оссификации резорбированных межальвеолярных перегородок и уплотнение их контуров.

После проведенного лечения с

применением ультрафонофореза «Антоксида» ремиссия была достигнута у 86,4% пациентов. Доля больных с ремиссией через 6 месяцев составила 83,3%, а через 12 месяцев после курса лечения этот показатель составил 81% .

Таким образом, благоприятные изменения состояния больных, результаты доступных дополнительных методов исследования, позволяют утверждать, что введение «Антоксида» методом ультрафонофореза является целесообразным и эффективным компонентом системной терапии пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, что позволяет рекомендовать предложенный метод лечения для использования в клинической практике.

Литература:

1. Жарков С.В. Разработка метода и оценка эффективности ультрафонофореза при заболеваниях пародонта / автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1988. - 25с.
2. Жолдыбаев С.С. Совершенствование методов комплексного лечения пародонтита с применением различных видов физических факторов автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Алматы, 2007. - 29с.
3. Прикул В.Ф. Лекарственный фотофорез в восстановительном лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом / автореф. дис. ... докт. мед. наук. - М., 2009. - 44с.
4. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия / Санкт-Петербург, 2012. - 510с.
5. Суворова Е.В. Совершенствование методов лечения хронического пародонтита с использованием ультрафонофореза резорцин-формалиновой смеси / автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 1995. – 26 с.

ПРОГРАММА ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ И ОЦЕНКА ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Мингазова Э.Н.¹, Зарипова Э. М.,² Зарипов И.Л.²

¹ ГБОУ ВПО «Казанский Государственный медицинский университет Минздрава России»

Кафедра гигиены, медицины труда

² ОАО «Стоматологическая поликлиника № 9 Азино г. Казани»

Казань, Россия

Резюме: Проведено научное обоснование модели совершенствования организации стоматологической помощи, направленной на коллективную и индивидуальную профилактику заболеваний полости рта среди работников плавсостава. Анкетирование работников плавсостава Казанского речного порта показало, что 71,0% считает свои знания о профилактике стоматологических заболеваний недостаточными, 26,43%, вовсе не получают подобную информации, 33,73% отменили, что информированы лишь посредством рекламы из СМИ. Внедрение программы по оптимизации профилактической стоматологической помощи плавсоставу парохозяйства позволило увеличить время на профилактическую работу в деятельности врача-стоматолога и повысить ее эффективность.

Ключевые слова: профилактика, стоматологические заболевания, работники транспорта, речной флот, эффективность внедрения

THE PROGRAMMER OF OPTIMIZATION OF PROPHYLACTIC WORK IN STOMATOLOGISTS ACTIVITY AND ASSESSMENT OF ITS EFFICIENCY

Mingazova E.N., Zakirova E.M., Zaripov I.G.

Kazan State Medical university of Public Health of Russia

Kazan, Russia

Resume: it was carried out the scientific basis of the model improving the organization of stomatological aid direct on collective and individual prevention of oral cavity diseases among the workers of ship's personal of Kazan river part showed that 71,0% considered their knowledge about the prevention of stomatological diseases to be insufficient, 26,3% didn't get such information, 33,73 were informed by means of advertisement from newspapers introduction of the programmer of optimization of prophylactic stomatological aid to ship's personal allowed to increase time spent on prophylactic work of stomatologist and to increase its efficiency.

Key words: prophylaxis, stomatological diseases, transport workers, introduction efficiency.

Введение. Проблема профилактики стоматологических заболеваний очень актуальна для нашей страны, поскольку результаты многочисленных исследований показывают, что распространенность основных стоматологических заболеваний достаточно высока. Доказано, что внедрение программ профилактики приводит к резкому снижению интенсивности кариеса зубов и болезней пародонта, значительному уменьшению случаев потери зубов в молодом, среднем и старшем возрасте. Стоимость профилактических методов, в среднем, в 10 раз ниже стоимости уже возникших стоматологических заболеваний. Проведение санитарно-просветительской работы, обучение гигиене полости рта необходимо в любом случае, независимо от применяемых методов, так как без них снижается эффективность любых профилактических мероприятий. [1; 2; 3].

Состояние здоровья работающих на транспорте, является важной составляющей успешного развития экономики государства, а в эпоху современных интенсивных межотраслевых и территориальных хозяйственных взаимосвязей и взаимодействий приобретает еще большую актуальность и значимость. Сегодня транспорт рассматривается как важный фактор развития специализации и комплексности различных стран мира. В экономике Поволжского региона водный транспорт исторически выполнял важнейшую роль. С переходом России на рыночную экономику произошли изменения структуры и форм собственности речной транспортной отрасли, а разразившийся социально-экономический кризис не мог не коснуться системы медицинского обслуживания работников водного транспорта, и хотя уникальную медицинскую службу на водном транспорте удалось сохранить, негативных

последствий кризиса возникло много. Резко сократилось финансирование лечебно-профилактических учреждений, снизилась возможность укрепления материально-технической базы, приобретения современной медицинской техники [4;5;6].

Отсутствие возможности оперативного оказания стоматологических услуг работникам плавсостава в период навигации выдвигает профилактику стоматологических заболеваний на приоритетные позиции в оказании медицинской помощи плавсоставу [7;8]. Необходимость действенной профилактики обусловлена относительно низкой ее стоимостью по сравнению с лечением стоматологических заболеваний - предупреждение заболеваний полости рта в десятки раз дешевле терапевтической и ортопедической помощи. С учетом острой потребности в решении проблем, связанных с качественно новыми процессами

управления материальными, трудовыми и финансовыми ресурсами отраслевого здравоохранения большую актуальность приобретает поиск новых форм и методов профилактики заболеваний, в том числе и среди работников водного транспорта [9;10].

Цель исследования – научное обоснование модели совершенствования организации стоматологической помощи, направленной на коллективную и индивидуальную профилактику заболеваний полости рта среди работников плавсостава.

Методы и объект исследования. В ходе работы был проведен комплекс исследований, включающий медико-организационные, социологические, социально-гигиенические, клинические, статистические методы. Объектом исследования явились работники Казанского речного пароходства - 508 человек (98,07% от



Рис. 1. Распределение ответов о частоте чистки зубов среди сотрудников плавсостава (в % на 100 опрошенных)

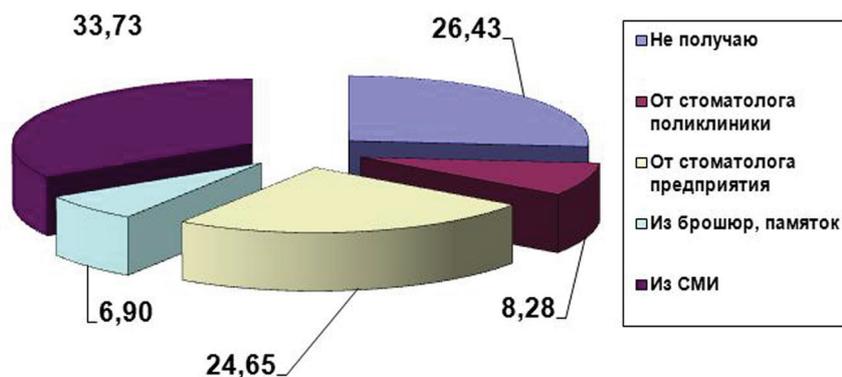


Рис. 2. Распределение ответов работников плавсостава об источниках получения информации по профилактике стоматологических заболеваний (в % на 100 опрошенных)

общего штатного числа).

Работникам плавсостава было предложено ответить на вопросы о применении наиболее известных и доступных средств профилактики стоматологических заболеваний (чистка зубов, ополаскивание полости рта, использование зубочисток и зубных нитей). Бесспорно, важнейшим положительным гигиеническим навыком является чистка зубов. Выявлено, что чистят зубы согласно «стандартного» рекомендуемого подхода утром и вечером лишь менее половины ($45,4 \pm 2,5$) плавсостава. Только утром - $40,4 \pm 2,4$, только вечером - $5,3 \pm 1,1$ на 100 обследованных (рис.1).

Анализ показал, что процент, нуждающихся в оказании стоматологической помощи среди тех, кто чистит зубы нерегулярно и не чистит их совсем, составляет 93,02% и 91,30% соответственно, в то время как среди чистящих зубы регулярно – 75,76% ($p < 0,01$). Во время пребывания на судне $75,2 \pm 2,8\%$ плавсостава, $65,9 \pm 2,3\%$ нуждающихся и $84,6 \pm 3,4\%$ не нуждающихся в стоматологической помощи не испытывают ограничений в чистке зубов ($\chi^2=16,3$), ($P < 0,001$). На нехватку времени как причину для ограничения чистки зубов указали $6,3 \pm 1,8\%$ нуждающихся в стоматологической помощи и только $3,6 \pm 1,8\%$ не нуждающихся – ($p < 0,01$). Значительное количество опрошенных сотрудников речного порта ответили, что марка выбранной ими зубной пасты не имеет значения.

В ходе исследования было также уделено внимание отношению работников речного порта к процедуре ополаскивания полости рта после приема пищи. Оказалось, что только 57,48% ополаскивают рот после еды, тогда как 33,86% не только не совершают эту процедуру, но и не считают ее необходимой.

Более половины $58,2 \pm 2,2\%$ лиц плавсостава считают, что качество употребляемой воды на судах, запасаемой в резервуары, плохое. Тем не менее, 86,1±1,5% плавсостава речного флота употребляет ее, только 13,9±1,5% используют бутилированную воду ($p < 0,001$). Среди не нуждающихся в стоматологической помощи потребляют воду из резервуара судна $81,5 \pm 2,3\%$, нуждающихся – $90,7 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$), бутилированную воду соответственно $18,5 \pm 2,6\%$ и $9,3 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$). Следовательно, не нуждающиеся в стоматологической помощи более адекватно относятся к потреблению качественной воды.

Как показали результаты анкетирования работников плавсостава Казанского речного порта 71,0% считает свои знания о профилактике стоматологических заболеваний недостаточными. Кроме того, 61,0% опрошенных оценили свою информированность о влиянии дефицита фтора, кальция и йода в организме на состояние зубов как низкую. Результаты анкетирования также указывают на недостаточные знания сотрудников о количестве чисток зубов в день, какие движения необходимо совершать зубной щеткой при чистке зубов, какими зубными пастами необходимо пользоваться при различных заболеваниях полости рта, как часто необходимо менять зубную щетку. Опрос также показал, что большинство работников плавсостава не получают информации о профилактике стоматологических заболеваний вовсе (26,43%), либо получают ее посредством рекламы из СМИ (33,73%). Как видно из рис. 2 лишь треть сотрудников плавсостава получают рекомендации врачей стоматологов о профилактике заболеваний полости рта.

В большинстве случаев специалистам – стоматологам банально не хватает времени для профилактической беседы с пациентом в ходе обследования. В связи с этим, нами было проведено хронометражные исследования рабочего дня стоматолога-терапевта, и была дана оценка временного бюджета на различные виды деятельности врача-стоматолога, в том числе и профилактическую работу.

В результате хронометражных наблюдений за работой стоматологов-терапевтов (36 хронометражных карт рабочих смен) были условно выделены временные составляющие основных и вспомогательных видов деятельности: а) на основные виды деятельности – это время прямого контакта персонала с больным: время на сбор анамнеза, детальный опрос, комплексное обследование, выполнение различного рода манипуляций, применение различных методов лечения заболеваний полости рта, а также консультация-беседа по вопросам оздоровления и профилактики; б) на вспомогательную деятельность – это время, затраченное на подготовку к манипуляциям и процедурам, переходы от рабочих столов, стеллажей к больному, а также на работу с учетно-отчетной медицинской документацией (ознакомление с результатами анализов, записи в амбулаторную карту, выписка направлений, и т.п.).

Обработка карт хронометражных наблюдений показала, что лишь 55-61% рабочего времени стоматолог-терапевт затрачивает на выполнение различных манипуляций и процедур по лечению и оздоровлению полости рта больного, 26-34% времени уделяется на запись в учетно-отчетные медицинские документы. Времени на проведение консультаций по вопросам профилактики заболеваний полости рта у стоматологов, как правило, не хватает. Лишь 7,2% больных получили в конце лечения индивидуальные профилактические рекомендации.

В целях сокращения времени на заполнение медицинской документации в ходе амбулаторного приема нами были разработаны вкладыши к медицинской документации формы 043/У по нозологиям: кариес, пульпит, периодонтит. В связи с этим нововведением было проведено исследование по заполнению медицинской документации. В процессе исследования участвовало 25 врачей стоматологов-терапевтов. Для получения достоверных результатов анализ процесса заполнения медицинской документации проводился в течение 4 рабочих дней каждого из врачей.

Внедрение данной карты существенно сократило время на заполнение медицинской документации. Время на запись первичного и повторного осмотра, запись дневника и журнала ежедневного приема при заполнении по предлагаемой карте составило в среднем 1,5-2 мин, вместо 5-7 мин. при стандартном заполнении. Однако на выработку практического навыка заполнения предложенной формы врачу-стоматологу необходимо 2-3 дня. Освободившее время (4-5 мин) врач-стоматолог может

свободно использовать для индивидуальной профилактической работы с пациентом, что является одной из самых главных составляющих успешной работы врача-стоматолога.

Исследования показали, что лишь 6,9% работников плавсостава получают информацию о профилактике стоматологических заболеваний посредством брошюр. А ведь давно доказано, зрительная мотивация играет основную роль в повышении грамотности населения. С учетом этого нами были разработаны информационные листы для пациентов стоматологического кабинета по индивидуальным профилактическим рекомендациям для сотрудников речного порта по нозологиям заболевания твердых тканей зубов и заболевания пародонта. В памятках, наряду с общепринятыми рекомендациями по уходу за полостью рта, предоставляется информация о подборе индивидуальных профилактических комплексов для каждого пациента, где даются советы о наиболее подходящих формах, средствах, характере гигиенических приемов. Красочно оформленные буклеты привлекают внимание пациентов, они с благодарностью их принимают. Буклеты содержат информацию о традиционных, общепринятых рекомендациях при тех или иных заболеваниях, а также рекомендации, заполняемые непосредственно при пациенте, например «Вам рекомендована зубная щетка _____ жесткости», «Дата вашего следующего профилактического осмотра _____» и т.п. Такой рациональный подход, безусловно, значительно повысит качество профилактической работы в деятельности врача-стоматолога.

Анализ распространенности стоматологической заболеваемости, а также результаты

Таблица 1

Динамика изменений показателей потребности в различных видах стоматологической помощи среди плавсостава после внедрения профилактической программы (на 100 обследованных в год)

Виды помощи	Потребность		Различия, в %
	До внедрения	После внедрения	
Общая стоматологическая	78,2	64,5	-13,8
Терапевтическая стоматологическая	61,6	4,5	-57,1
Хирургическая стоматологическая	29,7	3,7	-26,0
Ортопедическая стоматологическая	67,3	62,4	-5,9

медико-социального опроса плавсостава выявили потребность в изменении сроков прохождения периодического медицинского осмотра у стоматолога. По нашим рекомендациям стоматологический осмотр плавсостава стал проводиться после окончания навигационного периода, до следующего навигационного периода было не менее 6 месяцев. За этот период в плановом порядке плавсостав успевает проходить лечение у стоматолога-терапевта, стоматолога-хирурга. Для оптимизации временных затрат на приеме пациента врачам-стоматологам были рекомендованы для заполнения формы-вкладыши к карте стоматологического больного формы №043/У по нозологиям кариес, пульпит, периодонтит и памятки-рекомендации для индивидуальных профилактических мероприятий. Кроме того, для повышения результативности индивидуальной профилактики, повышения уровня осведомленности по вопросам гигиены полости рта, этим же приказом было увеличено время на профилактическом осмотре до 25-30 минут на каждого сотрудника.

Как показали результаты очередного медицинского осмотра плавсостава у стоматолога, вышеуказанные нововведения продемонстрировали существенный положительный эффект в профилактике стоматологических заболеваний (табл. 1).

Заключение. Была предложена и внедрена модель совершенствования стоматологической помощи, направленная на повышение роли коллективной и индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний среди работников плавсостава речного пароходства и доказана ее эффективность: число нуждающихся в терапевтической стоматологической помощи уменьшилось на 290 человек (-57,1%); хирургической соответственно на 132 человека (-26,0%), в ортопедической на 25 человека (-5,9%).

Литература:

1. Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - М.: 2006. - 416 с.
2. Муравьянникова Ж.Г. Стоматологические заболевания и их профилактика. - Ростов на Дону, 2007. - 448 с.
3. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. - М., 2008. - 445 с.
4. Александрова О. Ю. Особенности и проблемы лечебно-профилактических учреждений как основной организационной формы оказания медицинских услуг населению в современном российском здравоохранении / О. Ю. Александрова, Е. А. Щербина // Экономика здравоохранения. - 2006. - №7. - С. 5-11.
5. Астахова М. И. Обоснование профилактических мероприятий основных стоматологических заболеваний у рабочих содового производства: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. И. Астахова; Урал. гос. мед. акад. - Екатеринбург, 2003. - 21 с
6. Кучеренко В. З. Методические подходы к оценке деятельности лечебно-профилактического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения / В. З. Кучеренко, Л. П. Разливинских, В. Ф. Мартыненко // Экономика здравоохранения. - 2006. - №8. - С. 29-36.
7. Забин Ю. А. К вопросу о повышении контроля качества медицинского обеспечения плавсостава морского и речного флота России / Ю. А. Забин // Проблемы оценки качества медицинской помощи: сб. науч. тр. - СПб., 2004. - С. 228-230.
8. Кунин А. А. Организация индивидуальной профилактики кариеса в современных условиях / А. А. Кунин, В. Касим // Вестник института стоматологии. - 2006. - №2. - С. 10-17.
9. Дрезина Г. Р. Научное обоснование контроля качества в терапевтической стоматологии на основе дифференцирования норм нагрузки врачей и алгоритмизации лечебного процесса: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Г. Р. Дрезина. - М., 2006. - 22 с.
10. Кучеренко В. З. Особенности организационно-финансовой деятельности медицинских учреждений в современных экономических условиях / В. З. Кучеренко, В. В. Шляпников // Экономика здравоохранения. - 2007. - №4. - С. 5-9.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭУБИОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТОВ

Сушко Н.Ю., Куттубаева К.Б., Жайчибекова А.

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

Резюме: Медикаментозные средства, используемые в лечении деструктивных форм периодонтита должны обладать кроме антисептических свойств, противовоспалительным действием и способностью подавлять грануляционные эпителиальные ткани, стимулировать процессы регенерации костной ткани в периапикальном очаге. В статье проведено сравнительное изучение заапикальной терапии двух групп исследования: с использованием антисептика хлоргексидина и бактериального препарата Лактобактерина. Выявлено, что при лечении деструктивного периодонтита применение антисептических средств без коррекции микрофлоры полости рта бактериальными препаратами, в большинстве случаев усугубляет дисбактериоз. Лечение эубиотиками в этом случае может проводиться как в период активного лечения, так и на этапе, поддерживающей терапии.

Ключевые слова: Периодонтит, антисептики, регенерация, эубиотики

ПЕРИОДОНТИТТЕРДИН ДЕСТРУКТИВДИК ФОРМАЛАРЫН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО ЭУБИОТИКТЕРДИ КОЛДОНУУ

Сушко Н.Ю., Куттубаева К.Б., Жайчибекова А.

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

Корутунду: Периодонтиттин деструктивдик формаларын дарылоодо пайдаланылуучу медикаментоздук каражаттар антисептикалык касиеттерден тышкары, сезгенүүгө каршы таасир жана корголдонгон эпителиалдык ткандарын басаңдатып, периапикалдык очокто сөөк ткандарынын регенерация процесстерине стимул берет. Макалада изилдөөнүн эки тобундагы заапикалдык дарылоонун салыштырмалуу изилдөө жүргүзүлдү: хлоргексидин жана лактобактеринди колдонуу менен. Деструктивдик периодонтитти дарылоодо ооз көңдөйүн микрофлораны түзөтүүсүз антисептикалык каражаттарды колдонуу көбүнчө дисбактериозду тереңдетет. Эубиотиктерди дарылоо мындай учурда активдүү дарылоода дагы, колдонуучу дарылоо этабында да жүргүзүлөт.

Негизги сөздөр: Периодонтит, эубиотиктерди дарылоо, антисептик.

APPLICATION EUBIOTIK IN COMPLEX THERAPY OF DESTRUCTIVE FORMS OF PERIODONTITIS

Kuttubaeva K.B., Sushko N.U., Zhaichibekova A.

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

Resume: The medicamentous means used in treatment of destructive forms of periodontitis have to possess except antiseptic properties, anti-inflammatory action and ability to suppress granulation epithelial tissness, to stimulate processes of regeneration of bone tissue in the periapical center. In article comparative studying of zaapicalny therapy of two groups of research is carried out: with use antiseptics Chlorhexidine and Lactobacterine. It is revealed that at treatment of destructive periodontitis application of antiseptics without correction of microflora of an oral cavity by bacterial preparations, in most cases aggravates dysbacteriosis. Treatment wich eubiotik in this case can be carried out both during active treatment, and at the stage, supporting therapy.

Key words: periodontitis, antiseptic, regeneration, eubiotik

Актуальность. Пульпит и периодонтит по-прежнему остаются основной причиной удаления зубов [1]. Зубы с элементами деструкции у верхушки корня являются очагами хронической инфекции, приводящими порой к системным заболеваниям[3]. По данным ведущих ученых оценка качества эндодонтического

лечения в последние десятилетия составила 81,2%. Задача осуществления качественного эндодонтического вмешательства является одной из наиболее сложных и актуальных в эндодонтии. Несмотря на появление новых материалов для пломбирования корневых каналов, новых технологий и эндодонтического инструментария,

количество ошибок и осложнений, возникающих в результате лечения, не уменьшается. Следует помнить, что появление новых технологий позволяет повысить качество и сократить время лечения, но при неправильном использовании приводит к появлению трудно устранимых ошибок.

Ошибки, возникающие при лечении верхушечного периодонтита, можно условно разделить на следующие группы:

1. перфорации зуба;
2. отлом эндодонтического инструмента или штифта в корневом канале;
3. некачественное прохождение и расширение корневого канала;
4. неадекватная антисептическая обработка корневого канала;
5. некачественное пломбирование (обтурация) корневого канала.

Используемые в эндодонтии антимикробные и антисептические препараты воздействуют на все звенья микробиоценоза. Поэтому разработка методов лечения воспалительных заболеваний полости рта с применением средств, способствующих восстановлению нормальной микрофлоры, рассматривается как метод повышения эффективности лечения гингивита и пародонтита.

Используемые в стоматологической практике различные антимикробные и антисептические препараты тотально воздействуют не только на патогенную, но и на нормальную микрофлору полости рта. Постоянная микрофлора полости рта служит своеобразным щитом, «биологическим барьером», препятствующим размножению случайной флоры. Это - эволюционно выработанное, физиологически необходимое средство защиты от инфекции.

Кроме того, постоянной микрофлоре свойственен антагонизм по отношению к патогенным и условно-патогенным микробам. Этот антагонизм достигается за счет того, что лактобактерии производят сильные антисептики - молочную кислоту, бактериоцины, перекись водорода. Кроме того, представители естественной флоры уменьшают

синтез гистамина, и, следовательно, снижают аллергический потенциал. Среди представителей нормального микробиоценоза наибольшее физиологическое значение принадлежит роду *Lactobacillus*[4].

Исходя из вышесказанного, целью настоящей работы является клинко-микробиологическое обоснование антисептической обработки бактерийным препаратом Лактобактерин. Исследования проводились у 23 пациентов с деструктивными формами периодонтита в возрасте от 26 до 59 лет. Диагноз ставился на основании клинко-рентгенологического обследования. Гранулирующий периодонтит диагностировался у 11 пациентов, гранулематозный у 12 наблюдаемых. Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от способа медикаментозной обработки. Первую группу составили 14 пациентов, антисептическую обработку которым проводили 0,05 % раствором Хлоргексидина, во вторую группу (9 человек) вошли пациенты, корневые каналы которых обрабатывались раствором бактериального препарата Лактобактерин.

Всем больным деструктивными формами верхушечного периодонтита проводили комплекс эндодонтических мероприятий, включающих в себя препаровку кариозной полости и полости зуба, расширение устьев и поэтапное удаление распада под антисептической защитой раствором гипохлорида. После создания благоприятных условий для эндодонтического вмешательства (хорошего доступа к корневым каналам) при помощи самого тонкого никель титанового ручного файла №15 определяли длину корневого канала. Затем приступали к механической и медикаментозной обработке корневых каналов. Для расширения труднодоступных корневых каналов использовали «степ-бек» технику.

У больных 1 группы после инструментальной обработки корневого канала, осуществлялась традиционная медикаментозная терапия верхушечного периодонтита. Вначале корневые каналы обильно орошали смоченными ватными или бумажными корневыми турундами 0,05% раствором Хлоргексидина. Убеждались в отсутствии в корневых каналах органических

остатков (1% раствором йодонола). Щадяще расширяли верхушечное отверстие канала корня. В корневом канале оставляли турунду смоченную 0,05 % раствором Хлоргексидина, введенную до верхушечной части корня и полость зуба закрывали временной герметической повязкой на сутки. Пациентам 2 группы после проведения традиционной инструментальной обработки антисептическую обработку проводили раствором Лактобактерина на дистиллированной воде и закрывали герметично. Во второе посещение повторяли медикаментозную терапию, пломбировали корневой канал многокомпонентной пастой до рентгенологического апикального отверстия, кариозную полость пломбировали.

Материалом для микробиологического исследования служили турунды, взятые из корневых каналов до обработки и через сутки после антисептической обработки. Затем производили прямые посева в дифференциально-диагностические среды — кровяной и желточно-солевой агары, среды Эндо и Сабуро и специальную среду для выделения лактобактерий. Рост факультативных микроорганизмов учитывали через 24, 48 и 72 ч инкубации (37° и 30° C) с последующей идентификацией[2].

Результаты лечения.

Анализ результатов лечения деструктивных форм верхушечных периодонтов проведен в ближайшие сроки после лечения и отдаленные сроки после лечения от 6 до 12 месяцев. При лечении деструктивных форм верхушечного периодонтита после эндодонтических вмешательств (выполненными в первое посещение) с использованием Хлоргексидина в 78,6% (11 пациентов) наблюдали клиническое благополучие. Во второй группе 88,9% пациентов (8 человек) также не предъявляли жалоб в ближайшие сроки наблюдения. Болезненность при накусывании и вертикальной перкуссии после пломбирования корневых каналов, слабо выраженную гиперемию слизистой оболочки десны в области проекции верхушки причинного зуба зарегистрировали у 3 больных (21,4%) 1 группы и у 1 пациента (11,1%) 2 группы. Симптомы

активного воспаления в периапикальных тканях купировались самостоятельно назначением противовоспалительных нестероидных препаратов через 4-5 дней.

Результаты микробиологического исследования показали, что после применения Хлоргексидина 0,05 % в виде медикаментозной обработки количество выделяемых микроорганизмов уменьшилось в 3,4 раза, а грибов рода *Candida* в 2,5 раза. Таким образом, Хлоргексидин оказывает выраженное бактерицидное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов и грибов рода *Candida*, что согласуется с данными литературы.

Результаты микробиологических исследований с использованием раствора Лактобактерина показали, что после применения его в виде аппликаций выделялись единичные колонии микроорганизмов, количество их уменьшилось в 3 раза, а грибов рода *Candida* в 1,5 раза.

При анализе отдаленных результатов лечения деструктивных форм хронического периодонтита также учитывали влияние различных способов медикаментозной терапии на репаративные процессы в области периапикальных очагов. При повторных осмотрах, из всех пациентов 1 группы, явившихся на контрольное обследование через 6 месяцев, только 2 пациента предъявили жалобы на периодически возникающее чувство дискомфорта в области леченого зуба, болезненность по утрам при надкусывании. На слизистой оболочке у одного больного был обнаружен свищ. В этот период у всех больных 2 группы отмечено клиническое благополучие в области пролеченных зубов.

Через 6 месяцев динамического наблюдения в обеих группах полного восстановления костной ткани не произошло. Однако, к 12 месяцу после комплексных эндодонтических вмешательств, количество лиц с полным восстановлением структуры костной ткани в верхушечных очагах деструкции периодонта у пациентов 1 группы составило 6 человек (42,8%), у больных 2 группы - 7 пациентов (77,8%)

Выводы:

Результаты клинических, рентгенологических, микробиологических исследований свидетельствуют о высокой эффективности медикаментозной обработки раствором Лактобактерина. Под ее влиянием сокращаются сроки лечения, уменьшается количество осложнений непосредственно после эндодонтических вмешательств, ускоряются процессы регенерации костной ткани в очагах деструкции.

Предложенный метод имеет ряд преимуществ перед традиционными способами и может быть предложен как метод выбора при лечении верхушечного периодонтита.

Литература:

1. Винниченко Ю.А. Разработка и совершенствование методов эндодонтического лечения заболеваний пульпы и периодонта постоянных зубов: Автореф. дис... докт. мед. Наук, 14.00.21.-м., 2001.-48с.
2. Акатов А.С., Зуева В.С. Стафилококки.- Москва.: Медицина, 1983.-225с.
3. Бондаренко А. В., Бондаренко Вл. М., Бондаренко В. М. Пути совершенствования этиопатогенетической терапии дисбактериозов //Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол.-1998. - N 5. - С. 96-101.
4. Пичхадзе Г.М., Русанов В.П., Новоселов В.Е. Антагонистическая активность эубиотика Макселин к раневой инфекции и его влияние на резистентность микроорганизмов к антибиотикам //Стоматология. - 2000. - №4 (79). - С. 22-27



ДНИ НАУКИ

КГМА им. И.К. Ахунбаева-2015

15-17 апреля

Бишкек, Кыргызская Республика

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ РОДРАЗРЕШЕНИИ

Атаканова А.Н., Ибраимова Н.Н., Теппеева Т.Х., Мамбеталиева Д.С.

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

Резюме: В данной статье рассмотрена сравнительная характеристика различных методов анестезии, общей и спинальной, при оперативном родоразрешении с доношенными сроками беременности. Произведен ретроспективный анализ 59 историй родов за 2013 год по городскому перинатальному центру города Бишкек.

Ключевые слова: кесаревосечение, общая анестезия, спинальная анестезия.

ЖАЛПЫ ЖАНА АРКА ОМУРТКАЛЫК АНЕСТЕЗИЯНЫН АРКАНДАЙ УСУЛДАРЫНЫН САЛЫШТЫРМА МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Атаканова А.Н., Ибраимова Н.Н., Теппеева Т.Х., Мамбеталиева Д.С.

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

Корутунду: Мөөнөтү жеткен, боюнда бар аялдарды операция жолу менен төрөтүүдөгү жалпы жана арка омурткалык анестезиянын аркандай усулдарынын салыштырма мүнөздөмөсү каралды. Бишкек шаарынын шаардык перинаталдык борбору боюнча 2013 жылдын алкагындагы 59 төрөт баянына ретроспективдик анализ жасалды.

Негизги сөздөр: кесаревди кесүү, жалпы анестезия, арка омурткалык анестезия.

THE COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DIFFERENT METHOD OF ANESTHESIA IN SURGICAL INTERVENTION

Atakanova A.N., Ibraimova N.N., Teppeeva T.H. Mambetalieva D.S.

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

Resume: It is considered the comparative characteristics of different methods of anesthesia - general and spinal during childbirth (full-term pregnancy) in surgical intervention. In 2013, it is performed retrospective analysis of 59 clinical records with childbirth in municipal perinatal center in Bishkek.

Key words: caesarian operation, general anesthesia, spinal anesthesia.

Введение: Частота оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения в настоящее время неуклонно растет, что обусловлено значительной распространенностью экстрагенитальной патологии, являющейся противопоказанием к родоразрешению через естественные родовые пути.[1,2] Несмотря на неуклонный рост числа операций, частота акушерских и перинатальных осложнений по-прежнему остается достаточно высокой по сравнению с родоразрешением через естественные родовые пути.[3] Одной из причин подобного положения является отсутствие оптимальной методики анестезиологического обеспечения в оперативном акушерстве, эффективность и безопасность которой была бы достоверно доказана.[3,6]. При этом,

отличительной особенностью акушерской анестезиологии является то, что вопросы безопасности касаются не только роженицы, но и плода, что свидетельствует о высокой актуальности данной проблемы.[2] При операции кесарево сечение применяют два вида анестезии: общая анестезия и регионарная анестезия (чаще всего спинальная анестезия, реже эпидуральная анестезия или их сочетание – спинно-эпидуральная анестезия)[4]. Наиболее безопасным вариантом регионарной анестезии в акушерской практике считается спинальная анестезия (СА), которая отличается достаточной простотой методики выполнения и отсутствием выраженного влияния на состояние плода[4]. За 2013 год в странах Европы регионарная анестезия в акушерской практике проводилась в

70% случаев всех оперативных родоразрешений, тогда как в Российской Федерации регионарная анестезия использовалась в 10% случаев.[15] По данным городского перинатального центра города Бишкек регионарная анестезия проводилась всего в 2 % случаев. Исследования, посвященные оценке влияния спинномозговой анестезии на состояние матери и новорожденного, весьма немногочисленны и носят поисковый характер.

Цель исследования – провести сравнительный анализ влияния различных методов анестезии при абдоминальном родоразрешении на состояние матери и плода.

Материал и методы. По данным городского перинатального центра г.Бишкек в 2013 году было зарегистрировано 8239 родов, из них 1248 путем оперативного родоразрешения, что составило 15% от общего количества. Из 1248 операций кесарева сечений 1221(97,8%) было проведено под общей анестезией и 24(2%) спинномозговых анестезий. Нами был проведен ретроспективный анализ историй родов 59 родильниц в возрасте от 21 года до 39 лет, которые были родоразрешены абдоминальным путем в плановом порядке. Из них 24 беременные родоразрешены под спинномозговой анестезией и 35 пациенток под общей анестезией. Проанализированы показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС), частоты дыхания (ЧД), и артериального давления (АД) на различных этапах операции. Исследовали объем инфузии, количество кровопотери и функции жизненно-важных органов. Оценка новорожденного по шкале Апгар проводилась на 1-й и 5-й минутах после рождения. Результаты исследования были обработаны статистической программой IBM SPSS.

Результаты. Возраст родильниц в исследуемых группах составил 30 ± 2 года. Различия в росто-весовом показателе были незначительными в обеих группах. Обследованные в группах были сопоставимы по возрасту и оценке физикального статуса. Срок гестации, при котором родильницы были родоразрешены, частота гестационных осложнений также были сопоставимы. Среди показаний к плановому кесареву сечению преобладали рубец на матке, тазовое предлежание плода и экстрагенитальная патология. У 70—80% пациенток беременность протекала на фоне соматических заболеваний.

Среди экстрагенитальной патологии, которая была сопоставима в обеих группах, преобладали анемия беременных, патология мочевыводящей системы, глазные заболевания. Спинальная (СМ) и общая (ОА) анестезии были произведены по стандартным методикам. Объем инфузионной терапии во время оперативного родоразрешения оказался наиболее низким в группе ОА и составил 890 мл ($6,3 \pm 0,80$ мл/кг/ч), что достоверно отличалось от такого же показателя в группе СА 2233 мл ($30 \pm 0,79$ мл/кг/ч). (рис №1). Для поддержания оптимального уровня среднего артериального давления при спинномозговой анестезии необходимо обеспечить адекватную волемическую поддержку после развития симпатического блока, что достигается увеличением темпа инфузии до 30 мл/кг/час.

Исследовав гемодинамические показатели во время операции кесарево сечение, мы выявили, что среднее значение артериального давления при ОА составил на 1 этапе (исходные значения) 120,45/78,18 мм.рт.ст., на 2 этапе, в момент максимального действия анестетика, начало операции -124,55/73,18 мм.рт.ст., на 3 этапе, извлечении плода -110/67,27 мм.рт.ст. на 4 этапе-конец операции- 109/65,45 мм.рт.ст. При СА на 1 этапе операции наблюдалось давление-122,33/79,33 мм.рт.ст., на 2 этапе-122,67/75,33 мм.рт.ст., на 3 этапе 109/64 мм.рт.ст. и на 4 этапе-108,67/66,57 мм.рт.ст.(рис № 2)

Среднее значение ЧСС у пациенток при СА составило 86,8, а при ОА 84,55 ударов в минуту. При определении среднего значения ЧД у исследуемых, при СА и при ОА, разницы не было выявлено и составило 18,2 в минуту. Кровопотеря при СА в среднем составила 466,67 мл, а при ОА 454,55 мл. Тем самым достоверных различий в ЧСС, ЧД и кровопотере при абдоминальном родоразрешении не было выявлено. Проанализировав состояние детей по шкале Апгар (рис.3), мы не получили достоверных различий между группами новорожденных в зависимости от метода анестезии. В группе СА среднее значение по шкале Апгар составил 7,33 на 1й минуте и 8,20 на 5й минуте. Тогда как в группе ОА на 1й минуте среднее значение было 7,09, на 5й минуте 8,09.

При анализе стоимости различных видов анестезии, нами было выявлено, что цены на основные препараты при ОА в сумме составили 777 сомов, тогда как СА в среднем обходится в 340 сомов.

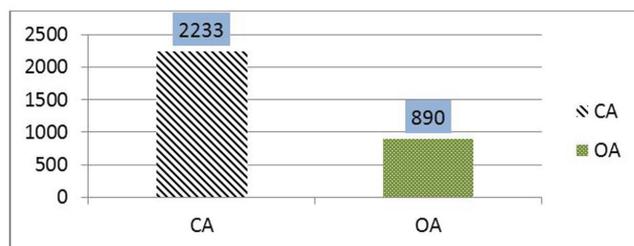


Рисунок № 1. Объем инфузионной терапии.

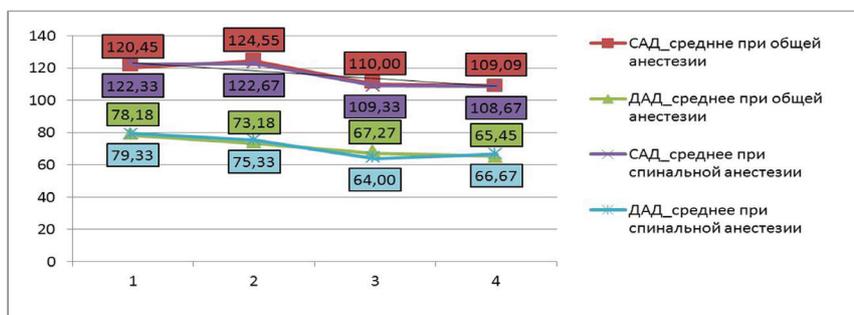


Рисунок № 2. Динамика АД на этапах исследования.

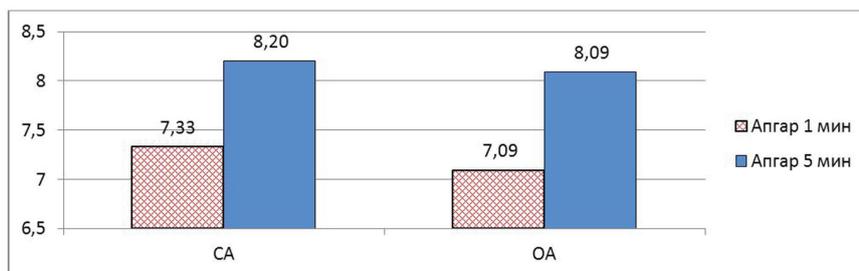


Рисунок № 3. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте по группам.

Выводы:

- В результате проведенного исследования установлено, что гемодинамический профиль имел сходную динамику в обеих группах.
- Преимущества спинальной анестезии перед общей состоит в использовании меньших доз анестетика, что снижает риск развития токсических реакций у матери и плода.
- Применение ОА сопровождалось более низкой оценкой по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте.
- Требуется проведение дальнейших испытаний для выявления отсроченных эффектов регионарной и общей анестезии на матерей и их детей, рожденных с помощью кесарева сечения.
- Сравнительный анализ спинальной и общей анестезии демонстрирует простоту исполнения и экономическую выгоду спинальной анестезии (СА).

Литература:

1. Влияние анестезии при оперативном родоразрешении на состояние новорожденного / Александрович Ю.С., Рязанова О.В., Муриева Э.А.,

Михайлов А.В. //Эфферентная терапия. 2009.15. № 1-2. С. 9-10.

2. Федосенко Л.И. Оптимизация анестезиологического обеспечения кесарева сечения / Л.И. Федосенко, В.А. Бабаев, Л.С. Логутова, Н.М.Мазурская // Материалы VIII Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов - Омск, 2002 - С.57.

3. Азбаров А.А, Холодов И.Б. Эпидуральная анестезия при кесаревом сечении. Акуш. и гин. 1991. №4. С. 35-36

4. Байбарина Е.Н., Л.М. Комиссарова, Е.Г. Катюхина. // Особенности адаптации новорождённых в зависимости от вида анестезии при кесаревом сечении. Росс. Вестн. перин.и педиатрии. – 2003. №4. С. 8-12.

5. Назаров Н.В, Спинальная анестезия с адреноганглиopleгией//Кафедра анестезиологии и реаниматологии ИПО Красноярский государственный медицинский университет –М.,2010 г-С.4 -15

6. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Байбарина Е.Н., Пирегов А.В, Петров С.В., Катюхина Е.Г. Течение послеоперационного периода и периода адаптации новорождённых в зависимости от вида обезболивания при операции кесарева сечения. // Акуш. и гин.-2011.- С. 12-15. PopV.S., WijineneH.A. et. al. // Br. J. Obst. Gyn. – 1995. – Vol. 102. – P. 701-706.

ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ НА ОСНОВЕ УГЛУБЛЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА

Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Резюме: в данном исследовании отражены данные целевого когортного анализа комплексного медицинского осмотра девочек - подростков г.Бишкек и внутренних мигрантов. Проведен анализ для выявления предикторов риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков и гигиеническая оценка общей заболеваемости внутренних мигранток из разных регионов страны и жительниц города Бишкек

Ключевые слова: репродуктивный потенциал, репродуктивное здоровье, внутренние мигранты, заболеваемость, соматическая патология

ӨСПҮРҮМ-КЫЗДАРДЫН РЕПРОДУКТИВДҮҮ МҮМКҮНЧҮЛҮГҮНӨ ТЕРЕНДЕТИЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫК ТЕКШЕРҮҮНҮН НЕГИЗИНДЕ БАА БЕРҮҮ

Атамбаева Р.М., Исакова Ж.К.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Резюме: бул илимий изилдөөдө Бишкек шаарында жашаган жана ички мигранттар болуп эсептелинген өспүрүм-кыздарга жүргүзүлгөн комплекстүү медициналык текшерүүнүн максаттуу ылымдаш анализинин маалыматтары берилди. Өлкөнүн ар кайсы аймактарынан келишкен жана Бишкек шаарында жашаган өспүрүм-кыздардын репродуктивдүү системасынын калыптануусунун кооптуу предикторлорун аныктоо үчүн анализ жүргүзүлдү жана алардын жалпы ооруларына гигиеналык баа берилди.

Негизги сөздөр: репродуктивдүү мүмкүнчүлүк, репродуктивдүү ден соолук, ички мигранттар, ооруга чалдыккандык, соматикалык патология.

AN ASSESSMENT OF REPRODUCTIVE POTENTIAL OF ADOLESCENTS GIRLS ON THE BASE OF ENHANCED MEDICAL EXAMINATION

Atambaeva R.M., Isakova J.K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Resume: the data of target cohort analysis of complex medical examination of girls-adolescents in Bishkek and internal migrants are presented in this research. The analysis to identify predictors of risk of formation of reproductive system of girls-adolescents and hygienic assessment of overall incidence of internal migrants from different regions of the country and residents of Bishkek have been done.

Keywords: reproductive potential, reproductive health, internal migrants, morbidity, somatic pathology.

Актуальность. Изучение репродуктивного потенциала, смена поколений любой страны - актуальная проблема медицины. Здоровье девушек-подростков, как будущих матерей является важнейшей проблемой будущего генофонда страны. Кыргызстан - горная страна, территориальные различия в темпах роста населения обусловили изменения в его размещении. За два последних десятилетия горные регионы находились в состоянии демографической стагнации. На юге республики, благодаря высокой рождаемости, население

быстро увеличивалось, а в северной части страны, главным образом, из-за сочетания значительного миграционного потока за пределы республики и притока населения из ее других регионов, наблюдался умеренный демографический рост [1,2]. Поэтому, очень важным моментом в исследовании этого вопроса, является изучение и сравнение состояния здоровья девочек-подростков, проживающих в городе, но и сельских составляющих, больший процент, а также изменения, которые могут иметь место при миграции из высокогорья и среднегорья

в города. Вопросу изучения здоровья девочек подростков и в частности репродуктивного посвящено много научных работ.[3,4,5,6,7,8,9] Актуальность изучения соматического и репродуктивного здоровья девочек-подростков и особенности формирования подросткового организма внутренних мигрантов и влияние неблагоприятных факторов в условиях социально-экономического спада и усиленной миграции населения в Кыргызской Республике не вызывает сомнений.

Цель работы: провести анализ и выявить предикторы риска формирования репродуктивной системы девочек-подростков и гигиеническая оценка общей заболеваемости внутренних мигрантов из разных регионов страны и жительниц города Бишкек на основе углубленного медицинского обследования с привлечением специалистов разного профиля.

Материалы и методы исследования: нами проведено обследование 889 девочек-подростков лица и 1 курса КГМА им. И.К. Ахунбаева, в возрасте 16-18 лет города Бишкек (I группа) и внутренних мигрантов из разных регионов (II группа). Целевое обследование проводилось в медицинском центре КГМА. Критериями включения в I группу были: возраст (16-18 лет) рождение и постоянное проживание в городе Бишкек, информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями включения во II группу были: возраст (16-18 лет), рождение и проживание в одном из регионов КР, факт внутренней миграции в течение 1-2 месяцев, также информированное согласие на участие в исследовании. Информированное согласие и анкета разработаны кафедрой гигиенических дисциплин и кафедрой акушерства и гинекологии №1, утверждены и одобрены локальным комитетом по биоэтике КГМА. В анкетировании участвовали 591 девушек.

Критериями исключения были, соответственно, возраст менее 16 или более 18 лет, проживание в других регионах или миграция из других стран, (в исследование не были включены гражданки Казахстана, Узбекистана, Южной Кореи и др., которые поступили на курс обучения КГМА), отказ

участвовать в анкетировании или другие личные причины. Состояние соматического статуса и репродуктивного потенциала девочек обеих групп оценивалось на основании клинического осмотра специалистов медицинского центра КГМА (гинеколога, терапевта, хирурга, офтальмолога, оториноларинголога, эндокринолога, невропатолога, дерматовенеролога). При осмотре специалистов при выявлении какой-либо патологии или подозрении на нее проводились исследования крови, мочи. При выявлении каких-либо отклонений назначались более углубленные исследования.

Для анализа менструальной функции изучались средний возраст менархе, становление менструальной функции продолжительность, болезненность, количество прокладок в день, ведение менструального календаря на основе анамнеза, соблюдение гигиены.

Сравнимые группы были репрезентативными и расчеты проводились путем определения достоверности относительных и средних величин и критерии Стьюдента и коэффициента корреляции на 100 обследованных. 77% девочек были коренной национальности. Из 591 девочек-подростков 447 были жительницами города Бишкек и Чуйской области, 144- внутренние мигрантки.

Результаты и обсуждение: в данном исследовании нас интересовало влияние соматической патологии на становление менструальной функции и также прогноз на дальнейший репродуктивный потенциал девочек-подростков. Был проведен сравнительный анализ между жительницами города Бишкек и внутренними мигрантками. По результатам медицинского профилактического осмотра выявлено, что из 591 девушек-подростков - 299 (50,5%) имели соматическую патологию, относительно здоровыми, можно считать 49,5% из всех обследованных. В структуре заболеваний наиболее высокий процент заняли нарушения зрения, проявляющиеся в основном миопией и нарушением аккомодации – у 118 девушек (39,4%). На втором месте заболевания нервной системы (у 60 девушек – 20,0%), затем – болезни системы крови и кровообращения (преимущественно – анемия) – у 32 девушек

(10,7%).

Гинекологические заболевания выявлены у 52 девушек (17,4%), (8,7%) имеют различные нарушения менструальной функции, в структуре которых преобладает альгодисменорея – у 20 девушек (38,4%).

Профилактический осмотр девочек-подростков, выявил, что городские жительницы, более подвержены риску «нездорового образа жизни» - гиподинамии, стрессовые нагрузки, недостаточный сон, распространенность вредных привычек, зрительные нагрузки (компьютер, телевидение, сотовые телефоны). Так, наши данные, согласуются с литературными. [4-8] Соответственно, 22,1% девочек – бишкекчанок, имеют нарушения зрения в виде миопии различных степеней, смешанного астигматизма, спазма аккомодации, гиперметропии и около 17% мигранток. У 6,2% горожанок имеется сколиоз шейно-грудного отделов позвоночника и 4,1% приезжих.

Заболевания нервной системы имели 52 (11,6%) городских девушек и 3,4% мигранток. В структуре заболеваний преобладали астено-невротический синдром, вегето-сосудистая дистония. Также аллергические заболевания (аллергический дерматит, экзема, аллергический ринит) были у 5,1% городских и 4,1% девушек из регионов ($p < 0,05$) (табл.1.)

Так, как заболевания органов зрения, имели наибольшую распространенность приводим сравнительные данные между жительницами г.Бишкек и девушками-мигрантками ($p < 0,01$) (табл.2).

Таким образом, соматическая патология статистически чаще встречалась у городских девочек, по сравнению с приезжими из регионов. Из общего количества девочек-подростков половина имеет заболевания различных органов систем, 30% имеют сочетанную патологию. Такая тенденция не может не вызывать опасений, так как соматическая патология прямым образом отражается на становлении репродуктивной функции. Учитывая, что девочки, поступившие на обучение в наш вуз, являлись из более благополучных в экономическом отношении семей. Анализ гинекологической заболеваемости показал, что в структуре высокий процент занимают нарушения менструального цикла, в виде нерегулярных циклов, альгодисменореи, предменструального синдрома и воспалительных заболеваний. Также отмечены случаи гипоплазии матки и сниженного индекса полового развития. Табл.3

При опросе девушек - подростков было выяснено, что осмотр гинекологом был проведен впервые в их жизни. О нарушениях менструального цикла никуда не обращались,

Таблица 1
Структура соматической патологии, выявленной при профилактическом осмотре девушек подростков

	Вид патологии	Абс.ч.(n-591)	%
1.	Число перенесенных заболеваний	299	50,5
2.	Всего заболеваний	307	100
3.	Болезни глаз и его придатков	118	38,4
4.	Болезни нервной системы	60	20
5.	Болезни крови и кроветворных органов	32	10,4
6.	Болезни костно-мышечной системы	30	9,7
7.	Болезни органов дыхания	26	8,2
8.	Болезни эндокринной системы	24	7,8
9.	Болезни кожи и подкожной клетчатки	6	2,0
10.	Болезни мочевыделительной системы	6	2,0
11.	Болезни органов пищеварения	4	1,3
12.	Болезни уха, горла, носа	1	0,3

Таблица 2

Сравнительные данные по заболеваемости органов зрения

Вид заболеваемости	Бишкек	Регионы
Гиперметропия обоих глаз	1	1
Миопия средней степени	32	8
Миопия легкой степени	19	3
Миопия высокой степени	2	2
Аллергический конъюнктивит	1	0
Спазм аккомодации	7	3
Смешанный астигматизм обоих глаз	2	2
всего	99	19
M	12,35	1,25
D(дисп)	206, 2679	1,3571
Ср.кв. отл.	12,6938	0,8979
m	3,5206	0,2490
t (достовер)	3,15	

Таблица 3

Сравнительные данные по гинекологическим заболеваниям

Вид заболеваемости	г.Бишкек	регионы
Нарушения менструального цикла	9	12
альгодисменорея	17	3
Предменструальный синдром	1	0
Гипоплазия матки	0	1
Воспалительные заболевания	3	6
всего	30	22
M	3,4	1,1
D(дисп)	15,3	1,5
Ср.кв. откл	3,28	0,8
m	0,9097	0,2218
t	2,56	

ответили 100% девочек, рассказали и беседовали об этом с мамой 32%, и 58% стеснялись и не говорили ни с кем, не обратили внимание на регулярность –9% девочек-подростков. У 38,4% выявлена альгодисменорея, из них 94% респондентов, считают, что болезненные менструации это норма.

Исследование степени развития менструальной функции, что все девочки – подростки менструируют. Средний возраст менархе 13+1,4 лет, раннее менархе, в возрасте 10-11 лет имели 19%, позднее менархе, в 16-

17 лет -5% девочек. Анализ этих данных, показывает, что необходимо более углубленное гинекологическое исследование и сравнительная оценка, а также малой осведомленности и грамотности населения.

Выводы:

1. Проведенное исследование свидетельствует о высокой распространенности соматической патологии среди девушек – подростков, в структуре преобладают заболевания органов зрения, нервной системы, а также крови и кроветворных органов, что

соответствует общереспубликанским данным по заболеваемости среди подросткового населения.

2. У обследованных девушек – подростков среди репродуктивных нарушений доминируют менструальная дисфункция, в основном, в виде альгодисменореи, нерегулярного менструального цикла, воспалительных заболеваний. Учитывая высокую частоту, необходима разработка диагностических методик, позволяющих установить этиологию.

3. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости внедрения в практику школьного врача и медсестры, подростковых гинекологов и проведения мероприятий, направленных на профилактику нарушений и сохранения репродуктивного потенциала подростков, (проведения бесед и лекций с девушками – учащимися), консультаций по здоровому образу жизни.

Литература:

1. *Взаимовлияние демографических и социально-экономических процессов в Кыргызской Республике: Старые проблемы или новые возможности?* – Бишкек, 2010.-С. 35-40.

2. *Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008 - 2009 гг.* А.С. Есиходжаева, А.С.Калиева, Н.С. Абазбекова и др. – ГТЦ. – Бишкек, 2010.– 48 с.

3. *Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года.* – Бишкек, 2006. – 73с.

4. Гурьева В.А., Данилова И.М., Данилов А.Н. *Репродуктивное здоровье девочек-подростков в городе и сельской местности.*// Сибирский медицинский журнал, 2008, №2-С.71-74

5. Рыжова Н.К., Борисова З.К., Кириллова Т.А., Варшавер И.М *Комплексная оценка репродуктивного развития девушек-подростков.*// Медицинский альманах, 2010, №4(13)-С. 45-48.

6. Бейшенбиева Г.Дж. *Потребности девушек-подростков города Бишкек в сфере репродуктивного здоровья [Текст]*// Центрально-азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению.- Алматы, 2008.-№1.-С.65-67

7. Борисова З.К., Рыжова Н.К., Гаревская Ю.А. *Заболеваемость девушек-подростков, связанная с репродуктивным здоровьем (поданным целевого гинекологического обследования)*// Медицинский альманах, 2009.- №4(9)-С.111-114.

8. Rees M., Ravnica V. *The abnormal Menstrual cycle.*- Oxford, 2005.-240p

9. Banerjee I. *A cohort study of correlation between body mass index and age at menarche in healthy Bengali girls*// Journal of the Indian Medical Association.-2007.- Vol.105(2)-P.75-78

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ Г. БИШКЕК В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Саякова А. Т., Бейшенбиева Г. Дж.

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

Резюме: С целью оценки состояния общего и репродуктивного здоровья было проведено обследование и опрос 190 старшеклассниц г. Бишкек. Выявлен относительно высокий уровень соматической и гинекологической заболеваемости девушек-подростков, в структуре которой преобладают нарушения менструального цикла, частые ОРВИ, кариес и головные боли.

Ключевые слова: состояние общего и репродуктивного здоровья, девушки-подростки, заболеваемость.

БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ ӨСПҮРҮМ КЫЗДАРДЫН РЕПРОДУКТИВДИК ДЕНСОЛУГУНУН УЧУРДАГЫ АБАЛЫ

Саякова А. Т., Бейшенбиева Г. Дж.

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

Корутунду: Бишкек шаарындагы жогорку класстагы өспүрүм кыздар менен репродуктивдик денсоолуктарынын абалын аныктоо үчүн өз ара маектешүү менен изилдөө жүргүзүлдү. Изилдөөнүн негизинде өспүрүм кыздардын арасында соматика жана гинекология жактан жабыркагандагы белгилүү болду. Азыркы өспүрүм кыздардын көпчүлүгү айыздары бузулуп, тез-тез сасык тумоо менен ооруп, тиштеринин кариес болуусу жана баш оорулары менен жабыркашкан.

Негизги сөздөр: жалпы жана репродуктивдик денсоолук, өспүрүм кыздар, жабыркоо.

ESTIMATION OF REPRODUCTIVE ADOLESCENT GIRLS HEALTH IN MODERN CONDITION IN BISHKEK

Saykova A.T., Beishenbieva G.D.

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

Resume: With the purpose of estimation of reproductive and general morbidity the complex medical examination and questionnaire of 190 senior schoolgirls in Bishkek were conducted. The findings are the high level of somatic and gynecological sickness rate among adolescent girls, in structure of which the prevailing part consists of menstrual cycle disturbance, frequent acute respiratory virus infections (ARVI), caries, and headache.

Key words: reproductive general morbidity, adolescent girls.

Введение: Современные социально-экономические и политические преобразования, происходящие в республике, оказывают негативное влияние на состояние здоровья всего населения, и в первую очередь самых незащищенных групп населения - детей, особенно неблагоприятная ситуация сложилась с состоянием здоровья детей подросткового возраста [8, 9].

В настоящее время во всех странах мира наблюдается рост заболеваемости детей, о чем свидетельствуют данные научной литературы. Имеется выраженное снижение индекса здоровья современных подростков - так, здоровыми может быть признана лишь треть из них. Общая заболеваемость детей всех возрастов ежегодно увеличивается на 3 – 6%, особенно болезнями крови и мочеполовой системы. В современных условиях половина детей старшего возраста

имеют хронические заболевания, в республике сохраняется высокая заболеваемость детей инфекционными и паразитарными болезнями [2, 5]. Кроме того, среди девочек-подростков встречаются разнообразные гинекологические заболевания и аномалии развития, которые в дальнейшем могут явиться причиной серьезных нарушений половой, менструальной и детородной функции [3, 4].

Особой проблемой современного общества стал неуклонный рост числа социально обусловленных и социально значимых заболеваний в подростковом периоде.

Причины резкого ухудшения состояния здоровья подростков разнообразны. Одним из определяющих факторов ухудшения здоровья населения являются изменения в обществе с увеличением удельного веса бедных семей с низким уровнем дохода [1, 6, 7]. В основе

высокой частоты различной патологии у детей могут также лежать и нарушения состояния здоровья их матерей во время беременности, родов и кормления, и нерациональное питание, и такие социально-гигиенические характеристики семьи, такие как степень материальной обеспеченности, число детей, социальное положение, уровень образования, медицинская активность родителей.

Материалы и методы:

С целью оценки состояния здоровья девушек-подростков, было проведено обследование и опрос 190 девочек – подростков, жительниц г. Бишкека, учащихся старших классов в возрасте 16,5+ 0,4 лет. Определялась соматическая и гинекологическая заболеваемость старшеклассниц и ее структура.

Результаты и обсуждение:

Проведенное нами исследование выявило, что имеется высокий уровень общей заболеваемости девочек-подростков, жительниц г. Бишкека. Таким образом, 56,7% из всех обследованных девочек признаны относительно здоровыми. Остальные имели различную патологию. В структуре заболеваемости девочек, преобладали частые, иногда тяжело протекающие ОРВИ - 33%, которые, как известно, часто обусловлены снижением иммунитета и могут привести к нарушению нервно-психического и физического развития подростков и формированию у них хронических воспалительных заболеваний органов дыхания (рис.1).

Второе место в структуре общей

заболеваемости девочек – подростков занимал кариес (20%), который часто сопровождается интоксикацией организма, аллергизацией, а также возникновения различных воспалительных осложнений. Головные боли различной этиологии (17,8%) занимали третье место в структуре заболеваемости старшеклассниц. Среди другой патологии необходимо отметить нарушения осанки (8,8%), различные проявления аллергии (7,5%) и хронический тонзиллит (7,2%). Актуальными для девочек-подростков, постоянных жительниц г. Бишкека, являются также различные заболевания желудочно-кишечного тракта – каждая шестнадцатая старшеклассница имела то или иное заболевание пищеварительной системы. Увеличение щитовидной железы обнаружено у 2,9 % старшеклассниц, а анемия – у 3,7% обследованных городских старшеклассниц.

Оценка состояния репродуктивного здоровья показала, что из общего числа, 18% обследованных девочек имеют различные нарушения менструальной функции, в структуре которых преобладали альгодисменорея (52%) и дисфункциональные маточные (ювенильные) кровотечения (17,7%).

Выводы:

Таким образом, проведенный нами анализ данных обследования девушек-подростков выявил относительно высокий уровень общей и гинекологической заболеваемости старшеклассниц, в структуре которой преобладают частые ОРВИ, кариес и головные боли. Исследование показало, что почти пятая

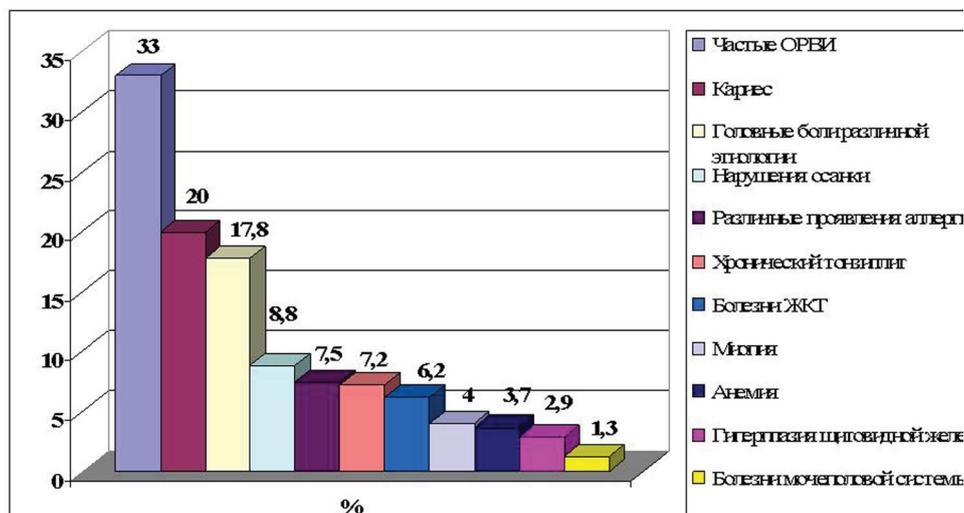


Рис. 1. Структура соматической заболеваемости девочек-подростков, жительниц г. Бишкека.

часть из них имеет то или иное нарушение менструальной функции.

Все это свидетельствует о снижении профилактической направленности в работе подростковой службы, в том числе и гинекологической, качества, регулярности и эффективности санационной стоматологической работы среди школьников. В этих условиях возрастает значение гигиенического воспитания по формированию у детей здорового образа жизни.

Литература:

1. Алиев А.Ф. Роль перинатальной патологии в формировании груза болезней [Текст] / А.Ф. Алиев // Рос. Вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. - № 3. - С. 58.
2. Альбицкий В. Ю. Дети из многодетных семей: образ жизни, состояние здоровья, оптимизация медико-социальной помощи [Текст] / В. Ю. Альбицкий, Г. М. Волкова // Российский педиатрический журнал. - 1999. - № 4. - С. 16 - 18.
3. Баранов А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах [Текст] / А.

А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. - М., 2004. - 278 с.

4. Васильева Г.В. Охрана репродуктивного здоровья учащихся [Текст] / Г.В. Васильева, Е.А. Кривонкина, О.В. Станкевич и др. // Петрозаводские педиатрические чтения – IV: вопросы нейропедиатрии: сб. науч. тр. – Петрозаводск, 2007. – С. 10 - 11.
5. Калмыкова А. С. Динамика показателей соматического здоровья детей, посещающих детские образовательные учреждения [Текст] / А. С. Колмыкова, А. В. Ермоленко, Н. В.Ткачева // Экология человека. - 2006. - Приложение 3. - С. 125 -127.
6. Коколина, В.Ф. Гинекология детского возраста [Текст] / В.Ф. Коколина. - М: Медпрактика, 2003. – 115 с.
7. Максимова Т. М. Здоровье детей в условиях социальной дифференциации общества [Текст] / Т. М. Максимова, О. Н. Гаенко, В. Б. Белов//Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2004.- № 1.- С. 9- 14.
8. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года [Текст]: [утвержден Указом Президента Кыргызской Республики от 15 июля 2006г.] офиц. текст./ Бишкек, 2006. – 66 с.
9. Национальное исследование по детской бедности и неравенствам. [Текст]: отчет.- Бишкек, 2008. – 84 с.

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии организована в 2009 году. Министерством здравоохранения КР предусмотрен поэтапный переход к организации первично медицинской помощи по принципу врача общей практики, тем самым усиливается роль профилактической медицины. Врач общей практики – это врач первичного звена, в центре его внимания, прежде всего пациент и его семья. Врач общей практики призван оказывать всестороннюю медицинскую помощь независимо от пола и возраста. Работа семейного врача высокой эрудиции, большого объема знаний и умений. В условиях поликлиники требуется оперативность мышления для принятия окончательного решения, временные рамки ограничены как на приеме, так и на дому особенно при оказании неотложной помощи.

Целью организованной кафедры является освоение теоретических знаний и практических навыков врачей общей практики в амбулаторной хирургии, совершенствование умений ориентироваться в различных клинических ситуациях и оказания хирургической помощи на поликлиническом уровне всем группам населения вне зависимости от пола и возраста, развивать профессиональные и личностные качества необходимые для врача общей практики.

В задачи входит обучение студентов основам амбулаторной хирургии. Привитие студентам теоретических и практических навыков диагностики и принципов лечения заболеваний на поликлиническом уровне всем группам населения.

На кафедре трудятся 19 сотрудников: из них 2 профессора, 1 доцент, 9 кандидатов медицинских наук.

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Мусаев Акылбек Инаатович заслуженный врач КР. Научно-исследовательская тематика его посвящена: усовершенствованию методов

оперативного лечения эхинококкоза печени и легких, ранеираневой инфекции и хирургическому лечению грыж живота. Им опубликовано более 200 научных работ, 7 учебно-методических пособий для студентов и врачей, 11 монографий, оформлено 47 рационализаторских предложений, 8 изобретений. Под его руководством защищено 15 кандидатских диссертаций. Подготовлены к защите 1 докторская и 3 кандидатских диссертаций. За период врачебной деятельности им проведено около 15000 операций.

Профессор Матеев Муса Асыпбекович - ведущий специалист в области микрохирургии. Им ведется большая научная работа, направленная на совершенствование микрохирургической пластики обширных дефектов кожи, сухожилий, костей. Автор более 200 печатных работ, 5 монографий. Под его руководством защищены 5 кандидатских диссертации, подготовлены к защите 2 кандидатские диссертации. Неоднократно принимал участие в качестве спикера и докладчика на международных конференциях по пластической хирургии. Член всемирной ассоциации пластических хирургов. За период врачебной деятельности им произведено около 20000 операций.

В рядах сотрудников кафедры работает ведущий специалист в области комбустиологии к.м.н., доцент Сарбанова К.С. научная и трудовая деятельность которой направлена на решение проблем в лечении больных с ожогами и отморожениями.

С момента образования кафедры, сотрудниками опубликовано 3 монографии, более 350 научных статей, в том числе, в странах ближнего и дальнего зарубежья-89, получено 5 патентов на изобретения, оформлено 35 рационализаторских предложений.

Сотрудники кафедры активно ведут лечебную деятельность, внедряют современные методы обследования и лечения хирургических больных.

Благодарим кафедру хирургии общей практики с курсом комбустиологии за спонсорскую помощь в проведении Дней науки КГМА, посвященных 75-летию КГМА.



Джумабеков Сабырбек Артисбекович

В августе 2014 года исполняется 50 лет Джумабекову С.А. - директору Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, заведующему кафедрой травматологии и ортопедии и экстремальной хирургии КГМА, доктору медицинских наук, профессору, академику НАН КР, заслуженному деятелю науки КР, заслуженному врачу КР, лауреату Госпремии КР в области науки и техники.

После окончания Кыргызского государственного медицинского института, поступил в аспирантуру, а затем в докторантуру на кафедру травматологии и ортопедии Крымского медицинского института г. Симферополь (Крым, Украина). Он в 1991 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Клинико-биомеханическое обоснование остеотомии при удлинении бедра аппаратом А.И. Блискунова» г. Москве. В 1995 году в возрасте 30 лет Джумабеков С.А. блестяще защитил докторскую диссертацию в Московской медицинской академии, г. Москва на тему «Удлинение бедра аппаратом А. И. Блискунова».

Трудовая деятельность Джумабекова С.А. в Кыргызстане началась в 1995 году в научном отделе ортопедии Кыргызского НИИ курортологии и восстановительного лечения на должности заведующего научным отделом по ортопедии.

С 2002 по 2004 гг. работал директором Бишкекского департамента здравоохранения и ТУ ФОМС. Накопленный профессиональный опыт и организаторские способности

Джумабекова С.А. проявились в открытии в 2004 году Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии МЗ Кыргызской Республики. За короткий период центр был оснащен самым современным лечебно-диагностическим оборудованием и достиг уровня известных профильных институтов стран ближнего и дальнего зарубежья. В 2001-2012 гг. работал министром здравоохранения КР. В период работы в качестве министра добился повышения заработной платы в 3 раза медикам республики, после чего была приостановлена текучесть кадров, особенно в сфере средних и младших медработников.

По инициативе академика Джумабекова С.А. впервые был организован Евразийский конгресс на берегу Иссык-Куля с участием 17 стран дальнего и ближнего зарубежья, где были приняты Устав и Положение о Евразийском конгрессе и Джумабеков С.А. был единогласно избран его Президентом.

Академик Джумабеков С.А. является Президентом Ассоциации травматологов-ортопедов Кыргызской Республики, главным внештатным травматологом-ортопедом МЗ КР, председателем диссертационного совета по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальностям: 14.01.15 - травматология и ортопедия и 14.01.15 - нейрохирургия, членом всемирного хирургического общества ортопедов-травматологов SICOT, EFORT, AAOS, ASAMI, COA, TOTТ.

В 2008 году Сент-Луиский Университет присвоил звание Почетного профессора

университета и выдал диплом «Профессора - визитора» США, Почетный член ассоциации ортопедов-травматологов шт. Миссури США, также является Почетным жителем города Санта – Круз (США).

Научные разработки, выполненные под руководством профессора Джумабекова С.А., нашли широкое применение в практическом здравоохранении не только в Кыргызстане, но и за его пределами. Под его руководством защищены 4 докторских и 30 кандидатских диссертаций. Им опубликовано 345 печатных работ, в том числе 6 монографий, 12 учебно-методических пособий и практических руководств, 64 авторских свидетельств и патентов, 20 рационализаторских предложений.

Трудовая деятельность Джумабекова С.А. неоднократно отмечена МЗ, Правительством КР, другими организациями зарубежных стран.

Награжден медалями: «1000 лет - эпосу Манас» (Кыргызстан), «За заслуги в военной медицине» Общероссийской организации «Российский Союз Ветеранов Афганистана», Золотой медалью «Хирург - золотые руки» в области науки и техники международной премии Мустафа Камаль Ататюрка (Турция), Большой Золотой медалью Всемирной Организации Интеллектуальной Собственности при ООН

(Женева), золотой медалью Американского биографического института за выдающийся вклад в области мировой ортопедии и травматологии и медалью «Шелковый Путь» за вклад в укрепление здоровья (КНР).

Награжден орденами: Кембриджского биографического центра за особые заслуги в области ортопедии (США), орденом Пирогова (Россия), орденом Дружбы II-степени (Казахстан), орденом «За заслуги» Парламентского центра (Россия). Неоднократно был лауреатом и награжден международными премиями: «Руханият», «Намыс», «САПАТ» (Кыргызстан), «Айкол-Манас - Человеком года» в области медицины, в номинации «Лучший хирург года» (Европейский проект), молодежной премией Кыргызской Республики в номинации «Наука и новые технологии», Лауреат Международной премии «Звезды Содружества» награжденный Советом государств - участников СНГ в области науки и образования и др.

Свой 50-летний юбилей Сабырбек Артисбекович встречает в расцвете творческих замыслов и вдохновения, он полон сил и энергии. Желаем ему успехов на поприще науки и здравоохранения, талантливых учеников, здоровья, семейного благополучия и долгих лет жизни.

Коллектив КГМА им. И.К.Ахунбаева

**Порядок рецензирования рукописей направляемых на публикацию в научно-практическом журнале
«Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева»**

• Принимаются только рецензии от доктора наук – специалиста той области науки, которой посвящена статья, и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

• Принимаются только рецензии от доктора наук – специалиста той области науки, которой посвящена статья, и не являющегося руководителем или консультантом диссертационного исследования автора статьи. Подпись доктора наук должна быть заверена гербовой печатью организации, в которой работает рецензент. К статье могут прилагаться рецензии нескольких докторов наук.

• РЕЦЕНЗИЯ

• на статью: <авторы, название>

Статья посвящена решению актуальной задачи <...>

В ней рассматривается <...>; предлагается <...>

• По статье можно сделать следующие замечания <...>

Статья содержит новые результаты, представляет интерес для специалистов в области <...> и может быть рекомендована к публикации в научном журнале «Вестник современной клинической медицины».

В случае отрицательного мнения рецензента о возможности публикации необходимо обоснование или рекомендации по доработке рукописи.

• Должность, ученая степень, ученое звание

Подпись

Расшифровка подписи

Дата

• О себе (рецензент) сообщаю:

• Фамилия _____

• Имя, Отчество _____

• Организация _____

• Ученая степень _____

• Звание, должность _____

• E-mail _____@_____

• служ.тел. (с кодом города) _____

• Факс (с кодом города) _____ моб. тел. или дом. тел. _____

• Почтовый адрес (с индексом) _____

• Личная подпись рецензента: _____