



ISSN 1694-6405

**И.К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМАЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН**

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

**КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА**

№4 2019

Бишкек



22 ноября 2019 года

С Днем Славы

ветеранов КГМА

им. И.К. Ахунбаева



Главный редактор – **Кудайбергенова Индира Орозобаевна**, д.м.н., профессор

Зам. главного редактора – **Сопуев Андрей Асанкулович**, д.м.н., профессор, e-mail: sopuev@gmail.com

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: drmamatov@mail.ru

Редакционная коллегия:

Адамбеков Д.А. – д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии

Агамбаева Р.М. – д.м.н., профессор, зав. каф. гигиенических дисциплин

Бримкулов Н.Н. — д.м.н., профессор, зав. каф. семейной медицины

Зурдинов А.З. – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР

Джумабеков С.А. - академик НАН КР, д.м.н., профессор кафедр травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

Кудаяров Д.К. - академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

Мамакеев М.М. - академик НАН КР, д.м.н., профессор

Мамытов М.М. - академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного образования

Мурзалиев А.М. - академик НАН КР, д.м.н., профессор

Оморов Р.А. - д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии

Раимжанов А.Р. - академик НАН КР, д.м.н., профессор

Редакционный Совет:

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н., проф., проректор по учебной работе
Алымкулов Р.Д. – д.м.н., проф., зав. каф. клин. реабилитологии и физиотерапии

Арниольдас Юргутис - профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)

Багыралиев Т.А. – д.м.н., проф., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

Бейшенбиева Г.Д. - д.м.н., и.о. проф., зав. каф. сестринского дела

Даваасурэн Одонтуяа С. - д.м.н., проф., Президент Ассоциации Монгольской паллиативной медицины, Монгольский государственный университет медицинских наук (Монголия)

Джумабеков А.Т. – д.м.н., проф., зав. каф. хирургии и эндоскопии КазМУНО (Казахстан)

Джумалиева Г.А. – д.м.н., проректор по международным связям и стратегическому развитию

Кадырова Р.М. — д.м.н., проф. каф. детских инфекционных болезней

Калиев Р.Р. – д.м.н., проф. каф. факультетской терапии

Карашева Н.Т. - к.п.н., зав. каф. физики, математики, информатики и компьютерных технологий

Катаев В.А. - д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Башкортостан)

Кононец И.Е. - д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии им. С.Д. Даниярова

Куттубаев О.Т. - д.м.н., проф., зав. каф. медицинской биологии, генетики и паразитологии

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

Луи Лутан - проф., Университет Женевы (Швейцария)

Мингазова Э.Н. - д.м.н., профессор кафедры. Казанский государственный медицинский университет (РФ, Татарстан)

Миррахимов Э.М. - д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии

Молдобаева М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. профилактики внутренних болезней с курсом эндокринологии

Мусаев А.И. - д.м.н., проф., зав. каф. хирургии общей практики с курсом комбустиологии

Мусуралиев М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1

Сагылганов И.Ж. - д.м.н., проф., зав. каф. патологической анатомии

Тилекеева У.М. - д.м.н., проф. каф. базисной и клинической фармакологии

Усупбаев А.Ч. - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и после дипломного обучения

Чолпонбаев К.С. - д.фарм.н., проф., зав. каф. управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств

Чонбашева Ч.К. - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Шекера О.Г. - д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной академии последипломного образования П.Л. Шупика (Украина)

Брысов К.Б. – д.м.н., проф. каф. нейрохирургии

Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

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

E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 экз.

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

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

www.kgma.kg

Башкы редактор - **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, м.и.д., профессор

Башкы редактордун орун басары - **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор, e-mail: sopuev@gmail.com

Окумуштуу катчы - **Маматов Ниязбек Нурлапбекович**, м.и.к., e-mail: drmammatov@mail.ru

Редакциялык жамаат:

Адамбеков Д.А. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корреспонденти, микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасынын башчысы

Атамбаева Р.М. - м.и.д., профессор, гигиеналык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

Бримкулов Н.Н. - м.и.д., профессор, үй-бүлөлүк медицина кафедрасынын башчысы

Зурдинов А.З. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корреспонденти

Джумабеков С.А. - КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессор

Кудаяров Д.К. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия неонатология курсу менен кафедрасынын башчысы

Мамакеев М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Мамытов М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Мурзалиев А.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

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

Раимжанов А.Р. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Редакциялык Кеңеш:

Алымбаев Э.Ш. - м.и.д., профессор, окуу иштери боюнча проректору

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

Ариольдас Юргутис - м.и.д., профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы (Литва)

Батыралиев Т.А. - м.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

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

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

Джумабеков А.Т. - м.и.д., профессор, КазУМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казакстан)

Джумалиева Г.А. - м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректор

Кадырова Р.М. - м.и.д., профессор, балдардын жутуштуу оорулары кафедрасынын башчысы

Калиев Р.Р. - м.и.д., факультеттик терапия кафедрасынын профессор

Карашева Н.Т. - п.и.к., информатика, физика, математика жана компьютердик технологиялар кафедрасынын башчысы

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

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

Куттубаев О.Т. - м.и.д., профессор, медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын башчысы

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

Луи Лутан - профессор, Женева университети (Швейцария)

Мингазова Э.Н. - м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

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

Молдобаева М.С. - м.и.д., профессор, ички ооруя пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасынын башчысы

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

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

Сатылганов И.Ж. - м.и.д., профессор, патологиялык анатомия кафедрасынын башчысы

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

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

Чолпонбаев К.С. - фарм.и.д., профессор, дары каражаттарынын технологиясы, фармациянын экономикасы жыны башкаруу кафедрасынын башчысы

Чонбашева Ч.К. - м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессору

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

Ырысов К.Б. - м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессор

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дареги:

Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.

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

E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 нуска.

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

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

It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

www.kgma.kg

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

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

Learned Secretary – Mamatov Niyazbek Nurlanbekovich, cand.med.sci. e-mail: drmatatov@mail.ru

Editorial Board:

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

Atambaeva R.M. - dr.med.sci., prof., the head of hygienic disciplines department

Brimkulov N.N. - dr.med.sci., prof., the head of family medicine department

Djumabekov S.A. - academician of NAS. KR, dr.med. sci., prof. of the department of traumatology, orthopedy and ES

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

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

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

Murzaliyev A.M. - academician NAS KR., dr. med. sci., prof.

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

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

Zuridinov A.Z. - .med.sci., prof., corresponding member NAS KR

Editorial Council:

Alymbaev E.Sh. - dr.med. sci., prof., Vice Rector for Academic Affairs

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

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

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

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

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

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

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

Djumalieva G.A. - dr.med.sci., vice -rector in international relations and strategical development

Louis Loutan - prof., University of Geneva (Swiss)

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

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

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

Kataev V.A. - dr. pharm. sci., prof., vice -rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir State Medical University of MH Russia (Russia, Bashkortostan)

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

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

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

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

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

Moldobaeva M.S. - dr.med.sci, the head of internal diseases propedeutics department with endocrinology course

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

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

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

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

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

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

Yrysov K.B. - dr.med.sci., prof. of neurosurgery department

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

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

E-mail: j_kgma@mail.ru. Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of materials.

The Editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА**Молдобаева М.С., Барменбаева М.О.**

Особенности клинического статуса и показателей углеводного обмена у больных с сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях города Алматы 10

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Сайфулаев Б.О.**

Способ профилактики несостоятельности кишечных анастомозов 20

Мусаев А.И., Туратбекова К.Т.

Коррекция синдрома системной воспалительной реакции при деструктивном аппендиците, осложненном местным перитонитом 26

Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Кубатбеков Р.К., Пак А.Г.

Диагностика и хирургическое лечение неопухолевой патологии кардиоэзофагеальной зоны 33

Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Бейшенбаев Р.К., Джамалиев Б.Р., Кубанычбеков Т.К.

Пресакральная тератома с нагноением: редкое клиническое наблюдение 39

Сопуев А.А., Сыдыков Н.Ж., Мамбетов А.К., Мурзакалыков К.И., Ормонов М.К.

К вопросу о месте колостомии в хирургии толстой кишки 47

Толоров Ж.Ж.

Прогнозирование раневых осложнений при деструктивных формах холецистита и меры их профилактики 57

Толбашиева Г.У., Чынгышова Ж.А., Осмонова А.Т., Аликжанов А.А.

Анализ анестезиологического пособия при буллезной болезни легких, осложненной спонтанным пневмотораксом 62

Абдыкапар уулу Т., Бакасов А.Т., Кудайбердиева Ж.И., Калыков Т.С.

Факторы риска неблагоприятного исхода при тяжелой черепно-мозговой травме 67

ВОПРОСЫ ОФТАЛЬМОЛОГИИ**Бекназарова Б.А.**

Глазодвигательные и зрительные расстройства при гипертензионно-гидроцефальном синдроме, обусловленном объемными образованиями задней черепной ямки 76

Сайдахметова Ч.Т., Маралбаева А.А., Закирова А.К.

Влияние беременности на морфологические показатели структур глазного яблока при миопии различной степени 85

ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСТВА**Исакова З.З., Теппеева Т.Х., Омурбекова М.М., Джетигенова С.А.**

Дермоидная киста как один из факторов невынашивания беременности 91

Эрнисова М.Э., Теппеева Т.Х., Омурбекова М.М., Марипова Ж.А. Причины формирования несостоятельного рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение по данным ГПЦ г. Бишкек	97
--	----

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Чолокова Г.С., Камчыбекова А.Ш. Эпидемиология кариеса и заболеваний пародонта у детей в странах СНГ (обзор)	104
---	-----

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Мукашев М.Ш., Асанов Б.А., Турганбаев А.Э., Токтосун у. Б. Недиагностированная причина смерти ребенка. Судебно-медицинская оценка (случай из экспертной практики)	117
--	-----

Мукашев М.Ш., Асанов Б.А., Турганбаев А.Э., Токтосун у. Б. Правовые и судебно-медицинские проблемы людей пожилого возраста в связи с ненадлежащим уходом	122
--	-----

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС

Толбашиева Г.У., Чынгышова Ж.А., Кулданова К.Н., Токтобаева А.Ж., Ким А.Б. Уровень подготовленности студентов выпускного курса КГМА им. И.К. Ахунбаева по оказанию первой неотложной помощи с применением базовой сердечно-легочной реанимации	131
--	-----

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Молдобаева М.С., Барменбаева М.О.

Алматы шаарында амбулаториялык шарттында 2 типтеги кант диабети менен оорулуулардын клиникалык статусу жана углевод алмашуусунун өзгөчөлүктөрү 10

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Сайфулаев Б.О.

Ичеги-карын анастомозун кудуретсиздигин алдын алуу ыкмасы 20

Мусаев А.И., Туратбекова К.Т.

Жергиликтүү перитонит менен оорлошкон деструктивдүү апендицитте системалуу сезгенүү реакциясы синдромун коррекциялоо 26

Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Кубатбеков Р.К., Пак А.Г.

Кардиоэзофагиалдык аймагынын шишиктик эмес патологиясынын диагностика жана хирургиялык дарылоосу 33

Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Бейшенбаев Р.К., Джамалиев Б.Р., Кубанычбеков Т.К.

Сейрек кездешүүчү жерде жайгашкан ириндеген тератома: клиникалык байкоо жүргүзүү 39

Сопуев А.А., Сыдыков Н.Ж., Мамбетов А.К., Мурзакалыков К.И., Ормонов М.К.

Жоон ичегинин хирургиясында колостомиянын оорду жөнүндө маселе 47

Толоров Ж.Ж.

Холециститтин деструктивтүү түрүндө жарааттын алдын алуу боюнча иш-чараларды божомолдоо 57

Толбашиева Г.У., Чынгышова Ж.А., Осмонова А.Т., Аликжанов А.А.

Өпкө бууллаларынын пайда болуу жана жарылуу натыйжасында келип чыккан пневмотораксты наркоз берүү жолу менен анализдөө 62

Абдыкапар уулу Т., Бакасов А.Т., Кудайбердиева Ж.И., Калыков Т.С.

Баш мээнин оор жаракатындагы жагымсыз акыбетинин тобокел факторлору 67

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Бекназарова Б.А.

Арткы баш сөөк чуңкурунда жайгашкан көлөмдүк түзүлүштөрдөн келип чыккан гипертензиондук-гидроцефалдык синдромдун натыйжасында көз кыймыл жана көрүү бузулуулары 76

Сайдахметова Ч.Т., Маралбаева А.А., Закирова А.К.

Таасири кош бойлуулук карата морфологиялык көрсөткүчтөрү түзүмдөрүнүн көз алмасынын караштуу миопиянын түрдүү даражада 85

АКУШЕРДИК МАСЕЛЕЛЕРИ

Исакова З.З., Тепеева Т.Х., Омурбекова М.М., Джетигенова С.А.
Дермоиддик киста кош бойлуулуку жеткире көтөрбөөнүн факторунун бири катары 91

Эрнисова М.Э., Тепеева Т.Х., Омурбекова М.М., Марипова Ж.А.
Бишкек шаарынын ШПБ маалыматы боюнча кесарево кесүүсүнөн кийинки жатындын тырыгынын жетишсиздигинин пайда болуусунун себеби 97

СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Чолокова Г.С., Камчыбекова А.Ш.
Балдардын кариес жана пародонт оорулары боюнча КМШ өлкөлөрдүн эпидемиологиялык изилдөө (карап чыгуу) 104

ЭКСПЕРТТИК ИШМЕРДИГИ МАСЕЛЕЛЕРИ

Мукашев М.Ш., Асанов Б.А., Турганбаев А.Э., Токтосун у. Б.
Жаш баланын өлүмүнүн аныкталбаган себеби.
Соттук-медицинасынын баасы (эксперттик практикадан) 117

Мукашев М.Ш., Асанов Б.А., Турганбаев А.Э., Токтосун у. Б.
Улгайган адамдардын туура эмес багууда жаралган соттук медициналык жана укуктук көйгөйлөрү 122

БИЛИМ БЕРҮҮ ЖҮРҮМҮ

Толбашиева Г.У., Чынгышова Ж.А., Кулданова К.Н., Токтобаева А.Ж., Ким А.Б. И.К.
Ахунбаев атындагы КММАнын бүтүрүчү курсунун окуучулардын күттүсүз биринчи жардам көрсөтү боюнча жана жүрөк-өпкөнүн кайрадан жандандыруу негизги ыкмасын даярдык деңгели 131

INTERNAL MEDICINE

Moldobaeva M.S., Barmenbaeva M.O.

Features of clinical status and indicators carbohydrate exchanges in patients with type 2 diabetes diabetes in ambulator conditions of Almaty city 10

QUESTIONS OF SURGERY

Musaev A.I., Zhamankulova M.K., Sayfulaev B.O.

Method for prevention of insolvency of intestinal anastomoses 20

Musaev A.I., Turatbekova K.T.

Systemic inflammatory response syndrome correction at destructive appendicitis complicated by localized peritonitis 26

Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Konurbaeva J.T., Kubatbekov R.K., Pak A.G.

Diagnostics and surgical treatment of non-tumor pathology of the cardioesophageal zone 33

Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Beishenbaev R.K., Djamaliev B.R., Kubanychbekov T.K.

Presakral teratoma with suppuration: rare clinical case 39

Sopuev A.A., Sydykov N.Zh., Mambetov A.K., Murzakalykov K.I., Ormonov M.K.

To the issue of the place of colostomy in colon surgery 47

Tolorov J.J.

Prognosing of wound complications in destructive forms of cholecystitis and measures for their prevention 57

Tolbashieva G.U., Chyngyshova Zh.A., Osmonova A.T., Alikzhanov A.A.

Analysis anesthesiological support used on bullous lung disease complicated by spontaneous pneumotorax 62

Abdykapar uulu T., Bakasov A.T., Kudayberdieva J.I., Kalykov T.S.

Unfavourable outcome risk factors in severe skull brain injury 67

QUESTIONS OF OPHTHALMOLOGY

Beknazarova B.A.

Oculomotor and visual impairments in hypertensional-hydrocephalic syndrome caused by volums formations in posterior fossa 76

Saydakhmetova Ch.T., Maralbayeva A.A., Zakirova A.K.

Influence of pregnancy on the morphological indicators of the eye application structures in the myopia of various degrees 85

PROBLEMS OF OBSTETRICS

Isakova Z.Z., Teppeeva T.Kh., Omurbekova M.M., Djetigenova S.A.

Dermoid cyst as one of the factors of miscarriage 91

- Ernisova M.E., Teppeeva T.H., Omurbekova M.M., Maripova J.A.**
The reasons for the formation of an insolvent uterus scar after a cesarean operation
undergone surgery according to the City Perinatal Center of Bishkek 97

QUESTIONS OF DENTISTRY

- Cholokova G.S., Kamchybekova A.Sh.**
Epidemiology of caries and another periodontal diseases in children in CIS countries (review) 104

QUESTIONS OF FORENSIC ACTIVITIES

- Mukashev M.Sh., Turganbaev A.E., Asanov B.A., Toktosun u. B.**
Undiagnosed cause of death of a child.
Forensic medical evaluation (case from expert practice) 117

- Mukashev M.Sh., Turganbaev A.E., Asanov B.A., Toktosun u. B.**
Legal and forensic problems of elderly people due to inadequate care 122

EDUCATIONAL PROCESS

- Tolbashieva G., Chyngyshova J., Kuldanova K., Toktobaeva A., Kim A.**
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy senior students level of preparedness
for emergency care with basic cardiopulmonary resuscitation 131

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ
УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ГОРОДА АЛМАТЫ**

М.С. Молдобаева, М.О. Барменбаева

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: m_moldobaeva@mail.ru
maira0101@mail.ru

Резюме. СД 2 часто сочетается с ССЗ, что способствует прогрессированию осложнений. Ведение такой категории больных значительно осложняется в амбулаторных условиях по разным причинам.

Цель: изучить особенности клинико-лабораторных показателей у больных с сахарным диабетом 2 типа в амбулаторных условиях города Алматы в зависимости от наличия сопутствующих ССЗ и продолжительности заболевания СД 2.

Все обследованные нами больные СД 2 в амбулаторных условиях города Алматы имеют сопутствующие ССЗ, из них лидируют АГ и ИБС. С увеличением продолжительности заболевания СД 2, количество пациентов, имеющих одновременно и ССЗ, также увеличивается. Средний показатель гликогемоглобина оказался выше целевых индивидуализированных уровней. СД 2, являясь самостоятельным фактором высокого и очень высокого рисков ССЗ, будет усиливать в амбулаторных условиях свое влияние на прогрессирование имеющихся сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, амбулаторные условия, сердечно-сосудистые заболевания, продолжительность.

**АЛМАТЫ ШААРЫНДА АМБУЛАТОРИЯЛЫК ШАРТТЫНДА 2 ТИПТЕГИ
КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУЛУУЛАРДЫН КЛИНИКАЛЫК СТАТУСУ
ЖАНА УГЛЕВОД АЛМАШУУСУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

М.С. Молдобаева, М.О. Барменбаева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
эндокринология курсу менен ички оорулар пропедевтикасы кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2 типтеги кант диабети жүрөк-кан тамыр оорулары менен коштолуп, кабылдоолорун онуктурот. Бул категориядагы бейтаптарды амбулаториялык шартта дарылоосун татаалдаштырат.

Максаты: амбулаториялык шартта дарыланган Алматы шаарынын кант диабети менен ооруган бейтаптардын жүрөк кан тамыр оорулары жана кант диабетинин узактыгы менен байланыштуу клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрүнүн өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

Бардык биз амбулаториялык шартта изилдеген Алматы шаарынын 2 типтеги кант диабети менен ооруган бейтаптарда жүрөк-кан тамыр оорулары коштолот, анын ичинде гипертония жана ишемиялык жүрөк оорулары устумдук кылат. Ошол эле учурда 2 типтеги кант диабетинин узактыгынын осушу менен жүрөк-кан тамыр оорулары менен ооруган бейтаптардын да саны жогорулатайт. Гликогемоглобиндин орточо корсоткучу индивидуалдык максаттык денгээлден жогору табылган. Кант диабети оз алдынча жогору жана абдан жогору риск фактору болуу менен, амбулаториялык шарттта жүрөк кан тамыр ооруларынын кабылдоолорун татаалдаштырат.

Негизги сөздөр: 2-типтеги кант диабети, амбулатордук шарттар, жүрөк-кан тамыр оорусу, узактык.

FEATURES OF CLINICAL STATUS AND INDICATORS CARBOHYDRATE EXCHANGES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES DIABETES IN AMBULATOR CONDITIONS OF ALMATY CITY

M.S. Moldobaeva, M.O. Barmenbaeva

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

Department of Propaedeutics of Internal Diseases with a course of endocrinology

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. DM 2 is often combined with cardio-vascular diseases (CVD) that promotes progressing of complications. Maintaining such category of patients considerably becomes complicated in out-patient conditions for various reasons.

Purpose: to study features of clinical laboratory indicators at patients with a in out-patient conditions of Almaty depending on existence of the accompanying CVD and duration of a disease of DM type 2.

All patients with the DM 2 examined by us in out-patient conditions of the city of Almaty have the accompanying cardiac vascular diseases, from them the Arterial hypertension and coronary heart disease are in the lead. With increase in duration of DM 2, the number of the patients having at the same time and cardio-vascular diseases also increases. Average glyco-hemoglobin index was higher than target.

A DM 2, being a self-contained factor of high and very high risks warmly vascular disease, will strengthen the influence on progressing of the available cardiovascular complications in out-patient conditions.

Key words: diabetes mellitus type 2, outpatient conditions, cardiovascular diseases.

Введение. Профилактика и контроль сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а также и других хронических неинфекционных заболеваний в настоящее время признаны Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций “одним из основных вызовов развития в XXI веке”. Сахарный диабет 2 типа (СД 2) рассматривают как эквивалент присутствия у пациента клинически выраженного ССЗ, что говорит о необходимости уделять этой проблеме особое внимание. Диабет и его осложнения становятся серьезной проблемой системы здравоохранения во всем мире, общемировая распространенность которой 8,8% [1]. По данным Национального Регистра «Сахарный диабет», на 31 декабря 2015 в Республике Казахстан официально зарегистрировано 275 039 пациентов с СД, что составляет 1,5% населения, распространенность СД 2 типа во взрослой популяции достигает 15%, в группе риска -39%. В Республике Казахстан, как и во всем мире, подавляющее большинство больных, страдающих СД, пребывает в состоянии хронической декомпенсации, что обуславливает частое развитие у них специфических осложнений [2].

При СД 2 развитие артериальной гипертензии (АГ) связывают с проявлением синдрома инсулинорезистентности, рассматривая его не только как независимый фактор риска (ФР) сосудистых катастроф, но и как дополнительный фактор, ухудшающий течение и прогноз кардиоваскулярных заболеваний [3, 4]. В исследовании Haffner S.M. и др. было показано, что риск развития инфаркта миокарда (ИМ) у пациентов с СД 2 такой же, как у пациентов с ИМ в анамнезе, но без диабета.

Единогласны мнения экспертов в отношении предупреждения развития микро-сосудистых осложнений на фоне жесткого контроля гликемии у больных СД 2, однако результаты по снижению макро-сосудистых событий противоречивы и дискуссионны [5,6,7]. Европейская организация Emerging Risk Factors Collaboration с целью оценки рисков (HRs) заболеваемости и смертности, связанных с СД, провела анализ 102 проспективных исследований, включавших 698782 пациента без инфаркта миокарда, стенокардии и инсульта в анамнезе на момент начала наблюдения. Наличие СД повышало риск развития заболеваний почек, инфекционных заболеваний и сосудистых катастроф. Но взаимосвязь между гликемией натощак и сосудистым риском имеет нелинейную зависимость (U-образную), которая прогрессивно увеличивается при уровне гликемии натощак более 5,59 ммоль/л [8]. Исследование Finnish observation study показало, что влияние гипергликемии на сердечно-сосудистую смертность у больных с СД 1 и СД 2 различно: увеличение на 1% уровня гликогемоглобина у больных СД 1 увеличивает риск сердечно-сосудистой смертности на 50% и более, а при СД 2 всего лишь на 7,5% и более [9].

Таким образом, СД 2 часто сочетается с ССЗ, причем у одного пациента может быть несколько видов ССЗ, что способствует прогрессированию осложнений. Вариабельность гликемии и уровень гликолизированного гемоглобина (HbA1c) зависят от стажа заболевания и времени дебюта СД. Наличие поздних осложнений у детей с СД 1 уже на втором году заболевания объясняется недостаточной клинико-метаболической компенсацией.

ческой компенсацией и обуславливает необходимость тщательного контроля гликемии и наблюдения за больными, особенно первых трех лет заболевания. Например, в группе СД до 5 лет, диабетическая полиневропатия (ДПН) -59,48%, более 5 лет-94%, до 5 лет диабетическая нефропатия (ДН) -7,7%, более 5 лет-15,5%, диабетическая ретинопатия (ДР) более 10 лет-8,33% [10]. С увеличением длительности СД 2, в группе 30–35 лет и в группе после 40 лет, сосудистые осложнения увеличиваются. Так, у больных с дебютом заболевания в группе 30-35 лет при длительности СД 2 до 1 года, ДР не зафиксирована, однако при длительности заболевания 5 лет уже отмечена в 3,12% случаев, а при длительности более 15 лет – у всех больных и даже с развитием слепоты на оба глаза у 5% больных. Рост распространенности в зависимости от длительности заболевания отмечен и в отношении диабетической нефропатии: при длительностью заболевания до 1 года-15% случаев нефропатия, при длительности 15 лет-66,7%. Выявлена прямая корреляционная зависимость длительности заболевания и роста микроангиопатии: ДР ($r=0,81$, $p<0,0001$), ДН ($r=0,41$, $p<0,0001$). С увеличением длительности заболевания распространенность ДПН возросла в 20 раз (с 5% до 100%). Проявления синдрома диабетической стопы с развитием трофических язв были зарегистрированы в 8,3% случаев у больных с длительностью СД 2 до 15 лет. Распространенность ишемической болезни сердца (ИБС) также возросла при продолжительном течении СД 2, и при длительности заболевания 15 лет составила 45,8% ($r=0,45$, $p<0,0001$). СД 2 в возрастной группе 30–35 лет приводил к более

раннему развитию хронических осложнений. Среди поздних сосудистых осложнений в группе 30-35 лет с СД 2 преобладали микроангиопатии, которые прогрессировали с увеличением длительности заболевания [11].

Большая часть больных СД находится под контролем амбулаторной службы. Согласно государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года, первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) придается приоритетное развитие с обеспечением качества медицинских услуг; плановая специализированная помощь будет зависеть от потребности населения, прикрепленного к ПМСП; получают развитие службы реабилитации и длительного ухода, в том числе с привлечением частного сектора; основной указанных мероприятий будет эффективное управление потреблением медицинских услуг [12]. Исходя из вышеуказанного, анализ ситуации по клинико-лабораторным показателям у больных с СД 2, весьма актуален.

Цель. Изучить особенности клинического статуса и показателей углеводного обмена у больных СД 2 в амбулаторных условиях города Алматы в зависимости от длительности заболевания.

Материалы и методы

Проведены клинико-лабораторные обследования 398 больных СД 2 типа, в амбулаторных условиях города Алматы, из них 254 женщин 144 мужчины. Рандомизация проведена по возрасту. Средний возраст мужчин составил $55,6 \pm 5,2$ лет, у женщин $57 \pm 5,4$ лет. Изучены следующие

показатели: индекс массы тела (ИМТ) ($\text{кг}/\text{м}^2$), HbA1c (%). Для оценки эффективности и безопасности плана управления гликемическим контролем в основном применяют самоконтроль уровня глюкозы и гликозилированного гемоглобина в крови пациентов. Непрерывный мониторинг уровня глюкозы в крови также играет важную роль в оценке эффективности и безопасности лечения, но в некоторых подгруппах пациентов: с сахарным диабетом 1-го типа и у отдельных пациентов с сахарным диабетом 2-го типа [13].

Уровень HbA1c (норма 4-6%) определяли на автоматических биохимических анализаторах «BS 360 mindray», ИМТ

считали на калькуляторах (норма 18-24,9 $\text{кг}/\text{м}^2$). Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ SPSS 19.0 for Windows (SPSS Inc) с вычислением показателя достоверности (p).

Результаты и их обсуждение

В зависимости от продолжительности заболевания СД 398 обследованных пациентов разделены на 5 групп в зависимости от продолжительности (стажа диабета). Преимущественная часть обследованных имеет стаж диабета более 1 года (84,6%). По гендерному составу во всех группах преобладают женщины (63%) (табл. 1).

Таблица 1 - Характеристики обследованных групп в зависимости от длительности СД в амбулаторных условиях

Показатели	Группа 1 до 1 года (n=61)	Группа 2 от 1 до 3 лет (n=91)	Группа 3 от 3 до 5 лет (n=88)	Группа 4 от 5 до 10 лет (n=94)	Группа 5 более 10 лет (n=64)
Гендерный состав мужчины/женщины	22/39	35/56	28/60	35/59	24/40
Средний возраст	55,8±3,95	54,9±4,55	56,2±4,28	56,1±3,87	56,3±3,56
ИМТ($\text{кг}/\text{м}^2$) M±σ	29,2±5,6	29,2±4,8	28,4±4,8	28,9±5,2	29,8±5,8

Средний возраст пациентов с СД 2 составил у мужчин 55,6±5,20 лет, у женщин 57,6±5,4 лет, а возраст, в котором был диагностирован СД 2, равнялся у мужчин 43,6 ±5,20 лет, у женщин 42,4 ±5,6 лет. ИМТ колебался 29,2±5,6 до 29,8±5,8 $\text{кг}/\text{м}^2$, что свидетельствует о наличии избыточной массы тела у всех обследованных больных с СД 2, прямая зависимость от длительности СД не выявлена (P=0,768).

Сердечно-сосудистые заболевания присоединяются уже на 1-м году стажа СД и, по мере прогрессирования основного заболевания, отмечалось нарастание количества сопутствующих заболеваний. АГ присоединяется с 1-года заболевания, нарастает по мере увеличения продолжительности от 8,1% на 1-году заболевания до 10,9% в группе больных со стажем более 10 лет. Уже на первом году заболевания были выявлены практически все сопутствующие заболевания СД 2: ИБС,

АГ, постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), чаще других встречалось сочетание АГ с ИБС от 3,2% на 1-году стажа до 6,5% со стажем более 10 лет, СД с АГ от 8,1% на 1-году заболевания и до 10,9% со стажем более 10 лет.

Сочетание СД с АГ, острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), ИБС, ПИКС увеличивается по мере нарастания стажа диабета. Не выявлена линейная зависимость частоты ИБС от стажа диабета. С удлинением времени заболевания сахарным диабетом АГ и ИБС в неосложненном варианте не нарастают, а проявляются уже в сочетании с другими сердечно-сосудистыми осложнениями: нарастанием АГ в сочетании ИБС от 9,8% до 34,4% и присоединением ОНМК при сочетании АГ и ИБС по мере увеличения продолжительности заболевания и нарастает в группах с длительностью заболевания СД свыше 5 (2,1%) и 10 (6,25%) лет.

Сочетание АГ и ИБС с ПИКС также имеет прямую связь от стажа диабета и возрастает в группе с длительностью СД от 1 до 3 лет (2,2%) и увеличивается при стаже диабета более 10 лет (до 21,8%) (табл. 2). ДПН, как проявление микроангиопатии, поражает больных СД и нарастает по мере удлинения длительности заболевания, т.е. с удлинением времени стойкой гипергликемии частота их нарастает от 1,6% уже на первом году заболевания диабетом до 32,8% в группе больных с длительностью заболевания более 10 лет, что соответствует другим исследованиям [14]. По литературным данным, распространённость ДПН при СД 1-го и 2-го типа примерно одинакова и зависит от эффективности компенсации углеводного обмена и длительности диабета и при применении электронейромиографии достигает 90–100% [15, 16].

Таблица 2 - Сопутствующие заболевания в зависимости от длительности СД в амбулаторных условиях

Сопутствующие заболевания	Группа 1 до 1 года (n=61)	Группа 2 от 1 года до 3 лет года (n=91)	Группа 3 от 3 до 5 лет (n=88)	Группа 4 от 5 до 10 лет (n=94)	Группа 5 более 10 лет (n=64)
СД+ИБС+АГ	3,2% (2)	4,3% (4)	5,6% (5)	5,3% (5)	6,5% (4)
СД+ОНМК+АГ+ИБС	0	0	0	2,1% (2)	6,25% (4)
СД+ИБС+ПИКС+АГ	0	2,2% (2)	2,3% (2)	7,5% (7)	21,8% (14)
СД+АГ	8,1% (5)	6,5% (6)	9,0% (8)	9,6% (9)	10,9% (7)
СД+ИБС	14,7% (9)	15,6% (14)	19,4% (17)	17% (16)	12,5% (8)
СД	52,6% (32)	48,3% (44)	21,5% (19)	18% (17)	9,4% (6)

По мере нарастания длительности СД отмечено возрастание частоты: ДН с длительности диабета от 3 до 5 лет (1,1%) до стажа диабета более 10 лет (7,8%) и ДР

со 2-года (1,1%) до стажа диабета более 10 лет (12,5%), что, видимо, связано с прогрессированием частоты АГ и атеросклероза в этих же группах. Видимо, ДН

и ДР у больных СД с длительностью заболевания от 3 лет и выше имеют смешанный патогенез: нарастание микроангиопатии по мере удлинения стажа диабета, независимо от присоединения ате-

росклероза сосудов. Эти данные свидетельствуют о влиянии длительной гипергликемии на прогрессирование атеросклероза (табл. 3).

Таблица 3 - Осложнения в зависимости от длительности СД в амбулаторных условиях

Осложнения	Группа 1 до 1 года (n=61)	Группа 2 от 1 до 3 лет (n=91)	Группа 3 от 3 до 5 лет (n=88)	Группа 4 от 5 до 10 лет (n=94)	Группа 5 более 10 лет (n=64)
Диабетическая невропатия	1,6%	23,0 (21)	27,2 (24)	28 (26)	32,8 (21)
Ретинопатия	0	1,1 (1)	2,3(2)	3,2 (3)	12,5(8)
Нефропатия	0	0	1,1 (1)	2,1 (2)	7,8(5)

Уровни HbA1c у больных с СД 2 в амбулаторных условиях были высокими (более 8%). Продолжительность заболевания СД не влияет на средний уровень HbA1c, так как средний уровень HbA1c в группе больных с СД 2 длительностью до 1года составили $-8,3\pm 1,8\%$ до $8,1\pm 1,7\%$ ($p=0,885$) в группе больных со стажем бо-

лее 10 лет. Важно, что большинство обследованных больных не достигали целевых уровней HbA1c, независимо от стажа диабета. Уровень HbA1c отражает уровень гликемического контроля, который еще раз подчеркивает зависимость углеводного обмена от образа жизни и самоконтроля (табл. 4).

Таблица 4 - Показатели углеводного обмена в зависимости от продолжительности заболевания СД

Показатели	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4	Группа 5
Гликозилированный Гемоглобин, (%) $M\pm\sigma$	$8,3\pm 1,8$	$8,2\pm 1,9$	$8,5\pm 1,8$	$8,3\pm 1,7$	$8,4\pm 1,6$
Глюкоза натощак (ммоль/л), $M\pm\sigma$	$9,6\pm 3,0$	$9,2\pm 2,8$	$9,2\pm 2,9$	$9,3\pm 3,1$	$9,2\pm 3,0$

Таким образом, при изучении особенностей клинико-лабораторных показателей у больных СД 2 в амбулаторных условиях г. Алматы в зависимости от длительности СД 2 выявлено следующее: все обследованные больные СД 2 в амбулаторных условиях г. Алматы имеют сопутствующие ССЗ, из них АГ и ИБС в зави-

симости от продолжительности заболевания: с увеличением длительности СД 2 количество пациентов, имеющих одновременно и ССЗ также увеличивается. Практически все пациенты вне зависимости от длительности заболевания в среднем не достигали целевых уровней ИМТ, а средний уровень HbA1c превышал целевые. Во всех группах средний уровень

гликогемоглобина выше, чем персонифицированные и дает возможность оценить эффективность ведения и лечения больных на амбулаторном уровне по группам в зависимости от длительности заболевания. У больных с СД 2 в амбулаторных условиях г. Алматы углеводный обмен не достигал целевых индивидуализированных показателей у большинства пациентов. Полученные данные свидетельствуют о неудовлетворительной клинико-метаболической компенсации в амбулаторных условиях у большинства больных СД, о неэффективности лечебных мероприятий, неудовлетворительном самоконтроле гликемических показателей, что вытекает из среднего уровня гликогемоглобина, присоединении поражений сердечно-сосудистой системы, в основном АГ и ИБС, доля которых возрастает с увеличением длительности заболевания. СД 2, являясь самостоятельным фактором высокого и очень высокого рисков ССЗ, в амбулаторных условиях будет усиливать свое влияние на прогрессирование имеющихся сердечно-сосудистых осложнений.

При изучении клинико-лабораторных показателей у больных СД 2 типа в амбулаторных условиях г. Алматы выявлены следующие особенности. Средний возраст пациентов с СД 2 составил у мужчин $55,6 \pm 5,20$ лет, у женщин $57,6 \pm 5,4$ лет, а возраст, в котором был диагностирован СД 2, равнялся у мужчин $43,6 \pm 5,20$ лет, у женщин $42,4 \pm 5,6$ лет. Примерно такие же данные получены в исследованиях А.Е. Тажиевой и соавт. в городских поликлиниках г. Алматы: наиболее высокие показатели заболеваемости СД отмечены в возрастных группах 60-64 лет, 65-69 лет и

70 лет и старше; среди женщин СД 2 типа заболеваемость значительно повышена в возрастной группе 55-59 лет, 60-64 лет, 65-69 лет и 70 лет и старше, в то время как среди мужчин заболеваемость превалирует в возрастных группах 18-24 лет, 25-29 лет, 30-34 лет, 35-39 лет, 40-44 лет, 45-49 лет, 50-54 лет [17].

Перспективное предположение, что гипергликемия оказывает долговременный повреждающий эффект при сахарном диабете как 1, так и 2 типов и, что строгий гликемический контроль, если он не обеспечивается на очень ранних стадиях заболевания, не является достаточным для полного предотвращения осложнений (ADVANCE, ACCORD, UKPDS) [18, 19, 20]. Полученные нами данные свидетельствуют о неудовлетворительной клинико-метаболической компенсации в амбулаторных условиях у большинства больных СД в условиях ГКП на ПХВ ГП №3 и ГКП на ПХВ ГП №5 города Алматы, о неэффективности лечебных мероприятий, неудовлетворительном самоконтроле гликемических показателей и присоединении поражений сердечно-сосудистой системы, в основном АГ и ИБС, доля которых возрастает с увеличением длительности заболевания.

Выводы:

1. Особенности клинико-лабораторных показателей больных с СД2 в амбулаторных условиях ГКП на ПХВ ГП №3 и ГКП на ПХВ ГП №5 города Алматы являются: наличие сопутствующих ССЗ у всех обследованных, из них лидируют АГ и ИБС. С увеличением длительности СД 2 количество пациентов, имеющих одновременно и ССЗ также увеличивается.

2. У больных с СД 2 в амбулаторных условиях ГКП на ПХВ ГП №3 и ГКП на ПХВ ГП №5 города Алматы углеводный

обмен выше целевых индивидуализированных уровней гликогемоглобина и не зависит от продолжительности заболевания.

3. СД 2, являясь самостоятельным фактором высокого и очень высокого

рисков ССЗ, будет усиливать в амбулаторных условиях свое влияние на прогрессирование имеющихся сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Онучин, С.Г. Распространенность артериальной гипертензии у женщин с сахарным диабетом 2-го типа и синдромом диабетической стопы / С.Г. Онучин, О.С. Елсукова, Е.Л. Онучина // *Клиническая медицина*. – 2009. – №1. – С. 45-49.

2. Базарбекова, Б.Р. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета / Б.Р. Базарбекова, А.А.Нурбекова, Л.Б.Даниярова. – Алматы, 2016. – С.6-7.

3. Смирнов, В.В. Артериальная гипертензия у больных сахарным диабетом / В.В. Смирнов, И.С. Мавричева, А.Е. Гаврилова // *Лечащий врач*. – 2009. – №11. – С. 38-44.

4. Ахмерова, Е.В. Клинические, гемодинамические показатели и психологический статус больных артериальной гипертензией с сахарным диабетом 2 типа / Е.В. Ахмерова. – Новосибирск, 2015. – 197 с.

5. The ADVANCE Collaborative Group: Rationale and design of the ADVANCE Study: a randomised trial of blood pressure lowering and intensive glucose control in high risk individuals with type 2 diabetes mellitus // *J. Hypertens*. – 2001. – №19. – P.21–28.

6. Glucose Control and Vascular Complications in Veterans with Type 2 Diabetes / [W. Duckworth, C. Abraira, T. Moritz et al.] // *N Engl J Med*. – 2009. – №360. – P. 129-139.

7. Ginsberg, Henry N. The ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) Lipid Trial. // *Diabetes Care*. – 2011. – №34. – P107–108.

8. Diabetes mellitus, fasting blood glucose concentration, and risk of vascular disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective

studies // The Lancet. – №375. – 2010. – P. 2215-2222.

9. Similarity of the impact of type 1 and type 2 diabetes on cardiovascular mortality in middle-aged subjects / [A. Juutilainen, S. Lehto, T. Rönnemaa et al.] // *Diabetes Care*. – №31. – 2008. – P.714-719.

10. Состояние углеводного обмена у детей с сахарным диабетом типа 1 в зависимости от возраста дебюта и длительности заболевания / [Н.В. Малюжинская, К.В. Кожевникова, В. Полякова и др.] // *Вестник ВОЛГТМУ*. – 2015. – №4. – С.26-29.

11. Суплотова, Л.А. Эпидемиологические аспекты сахарного диабета 2 типа с манифестацией заболевания в молодом возрасте / Л.А.Суплотова, Л.Н.Бельчикова, Н.А.Рожднова // *Эпидемиология. Сахарный диабет*. – 2012. – №1. – С.11-13.

12. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019гг. – Астана, 2016.

13. American Diabetes Association. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes. // *Diabetes Care*. – 2018. – № 41. – P.55–64.

14. Feldman, E. Epidemiology and classification of diabetic neuropathy [Электронный ресурс] – Режим доступа: www.up-to-date.com/contents/epidemiology-and-classification-of-diabetic-neuropathy (accessed 17February 2016). COCHRANELLIBRARY.COM

15. Diabetic neuropathy: clinical manifestations and current treatments / [B. Callaghan, H. Cheng, C. Stables et al.] // *Lancet Neurol*. – 2011. – № 11. – P. 521–534.

16. Javed, Saad, *Treatment of painful diabetic neuropathy* / Saad Javed, Ioannis N. Petropoulos, Uazman Alam // *Therapeutic Advances in Chronic Disease*. -2015. -№ 6. -P.15–28.

17. Заболеваемость сахарным диабетом 2 типа по полу и возрасту в некоторых поликлиниках г. Алматы / [А.Е. Тажиева, В.Л.Резник, Ж. Абылсайулы и др.] // *Вестник КазНМУ*. – 2018. - №4. – С.109-111.

18. *The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effect of intensive glucose lowering in type 2 diabetes* // *N Eng J Med*. -2008. -№358. –P. 2545-2559.

19. *The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes* // *N Engl J Med*.-2008. -№358. –P. 2560-2572.

20. *UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type-2 diabetes. (UKPDS 33)* // *Lancet*. -1998. -№ 352. -P.837-853.

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ результатов оперативного лечения 7 больных с кишечными анастомозами. При выполнении операций использовалось наложение анастомозов ручным способом непрерывным однорядным кишечным швом без захвата слизистой. Для лучшей герметизации линии швов использовали фибрин-коллагеновую субстанцию.

Во время операции осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного больного отмечался парез кишечника, который разрешился на четвертые сутки, у остальных отклонений не отмечалось. Ни у одного больного в раннем послеоперационном периоде признаков несостоятельности кишечных анастомозов не выявлены. При проведении колоноскопии в период до 6 месяцев других осложнений, таких как стеноз анастомоза, не было выявлено.

Ключевые слова: кишечные анастомозы, несостоятельность швов анастомоза, фибрин-коллагеновая субстанция, профилактика несостоятельности кишечного анастомоза.

ИЧЕГИ-КАРЫН АНАСТОМОЗУН КУДУРЕТСИЗДИГИН АЛДЫН АЛУУ ЫКМАСЫ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

(ректор-м.и.д., профессор И.О.Кудайбергенова)

Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Ичеги-карын анастомоздору менен 7 оорулуунун оперативүү дарылануусунун жыйынтактарына анализ жүргүзүлгөн. Операция жасоодо анастомоздорду коюуда былжырды кармоосуз үзгүлтүксүз бир ката ичеги-карын тигилиштеринде кол ыкмасы колдонулган. Тигилиштерди эн жакшы герметизациясы үчүн фибрин-коллагендик субстанцияны колдонулган.

Операция учурунда оорлошуп кетүүлөр болгон жок, операциядан кийинки сонку убакта бир оорулууда ичеги-карын парези катталды, ал төрт суткада чечилди, калгандарында татаалдашуу байкалган жок. Бир дагы оорулууда эрте операциядан

кийинки убакта ичеги-карын анастомоздорунун кудуретсиздиги табылган жок, 6-айга чейинки убакта колоноскопия жүргүзүүдө анастомоздордун стенозу сыяктуу башка оорлошуулар болгон жок.

Негизги сөздөр: Ичеги-карын анастомоздору, ичеги-карын тигилишинин кудуретсиздиги, фибрин-коллагендик субстанция, ичеги-карын анастомоздорунун кудуретсиздигин алдын алуу.

METHOD FOR PREVENTION OF INSOLVENCY OF INTESTINAL ANASTOMOSES

A.I. Musaev, M.K. Zhamankulova, B.O. Sayfulaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector – d.m.s, professor Kudaibergenova I.O),

Department of surgery of general practice with a course of combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The results of surgical treatment of 7 patients with intestinal anastomosis were analyzed. When performing operations the anastomosis was applied manually using a continuous single-core intestinal suture without capturing the mucous. For better sealing of the suture line the fibrin-collagen substance was used.

During the operation there were no complications. In the early postoperative period one patient had an intestinal paresis, which was resolved on forth day, the other deviations were not observed. No patient in the early postoperative period showed signs of insolvency of intestinal anastomoses. No other complications such as anastomotic stenosis were detected during colonoscopy for up to 6 months.

Key words: Intestinal anastomosis, the failure of the seams anastomoses, fibrin-collagen substance, prevention of insolvency of intestinal anastomoses.

Введение. Несмотря на усовершенствование техники соединения тканей за последние десятилетия, применение многочисленных методов прогнозирования, профилактики и ранней диагностики, в решении проблемы несостоятельности швов кишечных анастомозов, радикальных изменений не наблюдается. Количество больных, которым требуются операции с наложением межкишечных анастомозов, неуклонно растет.

Осложнения, связанные с формированием анастомозов, такие как их несостоятельность, кровотечение, стриктура, являются потенциально опасными для жизни, их возникновение связано с увеличением длительности лечения и повышением летальности [1,2].

Несостоятельность кишечных анастомозов является одной из актуальных тем абдоминальной хирургии. По литературным данным, самым частым показанием к

релапаротомии является несостоятельность швов (24,5% среди всех причин релапаротомии) [3], в раннем послеоперационном периоде осложнения развиваются в 19-25% наблюдений [4, 5], в 0,4-8% случаев развивается несостоятельность швов анастомоза, приводящая к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости [4, 5]. Данное осложнение наблюдается в 2-3,5% случаев при операциях на желудке и двенадцатиперстной кишке (ДПК), в 3-9% при операциях на тонкой и в 5-25% случаев при операциях на толстой кишке [6, 7, 8, 9]. По данным разных авторов летальность достигает от 5,7 до 89,0 % [10, 11].

Данная ситуация обуславливает необходимость поиска и исследования новых способов восстановления полых органов желудочно-кишечного тракта, а также методов профилактики несостоятельности их швов.

Цель работы: изучить результаты формирования анастомозов желудочно-кишечного тракта путем наложения однорядного шва и с применением фибрин-коллагеновой субстанции для профилактики несостоятельности анастомоза.

Материалы и методы

Выполнен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения 7 больных, оперированных в экстренном и плановом порядке, которым проведены резекции различных участков кишечника с наложением кишечных анастомозов, в период с февраля 2018 до января 2019 г. в хирургических отделениях ГКБ №1.

Возраст больных составлял от 23 до 72 лет (в среднем - 48,9 лет), соотношение мужчин и женщин – 1,31/1. В экстренном порядке оперированы больные с острой кишечной непроходимостью – 3 больных, среди которых со спаечной кишечной непроходимостью – 2 больных, один больной с узлообразованием. Во всех трех случаях определялась высокая кишечная непроходимость. Также в экстренном порядке был прооперирован один больной с острым тромбозом верхней брыжеечной артерии.

В плановом порядке прооперированы больные: двое больных с долихосигмой и один больной, которому выполнена реконструктивная операция, направленная на восстановление непрерывности кишечной трубки после предшествующей операции Гартмана, которая выполнена за 4 месяца до восстановительной операции.

При первичном обследовании и осуществлении послеоперационного мониторинга пациентов использованы традиционные лабораторные методики (с обязательной количественной оценкой электролитных показателей, определением уровня белковых фракций крови, анализом гематологических индексов – лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ)), ультрасонографические, эндоскопические исследования. Эндоскопическое исследование включало колоноскопию, вне зависимости от нозологии, ставшей первопричиной резекции участка кишечника.

При выполнении операций использовалось наложение анастомозов ручным способом «конец в бок», «бок в бок», «конец в конец» непрерывным однорядным кишечным швом без захвата слизистой. Для лучшей герметизации линии швов, использовали фибрин-коллагеновую субстанцию (ФКС).

Результаты и их обсуждение

Больные, оперированные в плановом порядке по поводу долихосигмы обследованы на колоноскопии и рентген-контрастном исследовании ЖКТ, где выявлено удлинение толстого кишечника, что явилось показанием для резекции толстого кишечника. На рентген исследованиях больных, поступивших в экстренном порядке, выявлялись признаки кишечной непроходимости, такие как «чаши Клойбера», раздутые петли кишечника в виде «арок».

Всем больным до операции проведена предоперационная подготовка, включающая, в зависимости от тяжести состояния больного и причины оперативного вмешательства инфузионную терапию для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) и поддержания водно-электролитного состава крови, для декомпрессии желудочно-кишечного тракта устанавливался назогастральный зонд, очистительные клизмы. С целью предупреждения инфекционных осложнений проводили предоперационную антибиотикопрофилактику – цефазолин 1,0 в/в струйно за 30 минут до операции.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. После всех этапов резекции кишечника формировали анастомозы. Техника формирования анастомоза непрерывным однорядным швом заключалась в следующем: после резекции участка кишечника и обработки анастомозируемых концов 70% спиртом, производилось отсепаровывание брыжейки от серозной оболочки кишки на 5-6 мм с целью четкой визуализации слоев кишечной стенки, что гарантировало серозно-мышечно-подслизистый характер шва. Технически, при наложении однорядного кишечного шва основными моментами считали следующие:

1. Формирование анастомоза начинали одним серозно-мышечно-подслизистым узловым швом.

2. Начиная с брыжеечного края, находящегося на противоположной стороне от хирурга, наложение шва производили «на себя».

3. Ассистент осуществлял постоянную тракцию за свободный конец нити, не допуская ослабления уже наложенных швов.

4. Формирование анастомоза завершали серозно-мышечным швом, и концы используемой нити связывали между собой.

По окончании анастомоз проверяли на проходимость и герметичность.

Литературные данные указывают, что местный инфекционный процесс вызывает несостоятельность анастомоза быстрее, чем происходит синтез коллагеновых волокон, являющихся основным фактором герметичности

анастомоза. В связи с чем, для укрепления линии швов проводилась аппликация фибрин-коллагеновой субстанции «Тахокомб». При этом препарат наносится в один слой. Конфигурация пластины должна моделировать линию шва с захождением краев препарата на серозный покров не менее чем на 2 см. Перед аппликацией препарат смачивали, кратковременно (1-2 сек.) поместив в раствор антибиотика широкого спектра действия, который предполагалось использовать в послеоперационном периоде парентерально. Фиксация осуществлялась смоченным в том же растворе марлевым тампоном в течение 5 минут. Удалять тампон необходимо с осторожностью, обязательно от края к центру, придерживая соответствующий край инструментом.

Аппликацию препарата проводили в последнюю очередь перед зашиванием раны передней брюшной стенки. На данный способ профилактики несостоятельности кишечного анастомоза нами получено удостоверение на рационализаторское предложение № 49\18-19 (ОИСНТИ КГМА).

Операции заканчивались установкой в брюшную полость страховочных дренажей через отдельные контраппертуры и ушиванием раны.

В послеоперационном периоде антибактериальную терапию продолжали получать больные, которым наложение анастомозов проводилось на фоне перитонита.

В раннем послеоперационном периоде у всех больных отмечалось повышение

температуры тела до субфебрильных показателей до третьих суток. Кишечные шумы выслушивались уже в первые сутки после операции, газы отошли на вторые сутки. У одного больного, оперированного по поводу тромбоза верхней брыжеечной артерии, отмечался парез кишечника, для лечения которого к инфузионной терапии добавляли внутривенное вливание КСІ 4% -10,0 на растворе 5% глюкозы. Парез кишечника разрешился на четвертые сутки послеоперационного периода. На третьи сутки в анализах крови и при УЗИ отклонений не выявлено. Ни у одного больного в раннем послеоперационном периоде признаки несостоятельности кишечных анастомозов не выявлены.

Отдаленные результаты изучены у 4 больных через 6 месяцев и один год после операций. Всем больным проведена колоноскопия, где признаки стриктуры анастомозов не были выявлены.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что фибрин-коллагеновая субстанция усиливает механическую прочность, герметичность линии швов и ускоряет репаративные процессы, тем самым предотвращая несостоятельность швов анастомозов. В клинической практике применение фибрин-коллагеновой субстанции в пластических целях особенно показано при наложении кишечного шва в неблагоприятных условиях - при перитоните, кишечной непроходимости, выраженных воспалительно-инфильтративных изменениях органов.

Литература

1. Mortensen, N.J. *Intestinal Anastomosis* / N.J. Mortensen, S. Ashraf // *ACS Surgery: Principles & Practice*, 2008. — 10.2310/7800.S05C29. — 14 p.
2. Matthiessen, P. *Defunctioning stoma reduces symptomatic anastomotic leakage after low anterior resection of the rectum for cancer: a randomized multicenter trial* / P. Matthiessen, O. Hallbook, J. Rutegard // *Ann Surg.* — 2007. — Vol. 246, N.2. — P. 207-214.
3. Золотарёва, Е.В. *Повторные операции в неотложной хирургии органов брюшной полости* // *Вестник РГМУ.* - 2006. - Т. 49, № 2. - С. 130.
4. *Проблема надёжности кишечного шва при перитоните и кишечной непроходимости* / [В.А. Горский и др.] // *Трудный пациент.* - 2005. - Т. 23, № 4. - С. 27.
5. *Профилактика недостаточности анастомозов желудочно-кишечного тракта* / [А.Ф. Черноусов, Т.В. Черноусов, О.Н. Хоробрых и др.] // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* -2005. - № 12. - С. 25-29.
6. Бабаджанов, Б.Д. *Новые подходы к лечению послеоперационных перитонитов* / Б.Д. Бабаджанов, О.Р. Тешаев, Г.И. Бекетов. // *Вестник хирургии.* — 2002. — №4. — С. 25-28.
7. *Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии* / [В.К. Гостицев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян и др.] // *Хирургия.* — 2011. — № 10. — С. 56-60.
8. *Anastomotic dehiscence after resection and primary anastomosis in left-sided colonic emergencies* / [S.Biondo, D. Pares, E. Creisltr, et al.] // *Dis Colon Rectum.* — 2005. — Vol. 48. — 2272-2280.
9. *Branagan, G. Prognosis after anastomotic leak in colorectal surgery* / G. Branagan, D. Finnis // *Dis Colon Rectum.* — 2005. — Vol. 48. — P. 1021-1076.
10. *К вопросу о выборе шовного материала для формирования различных видов межкишечных соустьев* / [Е.С. Василена и др.] // *Фундаментальные исследования.* — 2014. — №7-1. — С. 174-176.
11. *Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии* / [В.М. Буянов, В.Н. Егиев, В.И. Егоров и др.] // *Хирургия.* — 2000. — № 4. — С. 13-18.

КОРРЕКЦИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ АППЕНДИЦИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

А.И. Мусаев, К.Т. Туратбекова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель - изучить показатели системной воспалительной реакции у больных с деструктивными формами острого аппендицита, осложненных местным перитонитом. В статье дан анализ показателей у 88 больных острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом. Используются клинические и лабораторные показатели. Дано обоснование применения антибиотико-лимфостимулирующей терапии для коррекции синдрома системной воспалительной реакции.

Ключевые слова: острый аппендицит, оперативное лечение, осложнение, синдром системной воспалительной реакции, коррекция синдрома.

ЖЕРГИЛИКТҮҮ ПЕРИТОНИТ МЕНЕН ООРЛОШКОН ДЕСТРУКТИВДҮҮ АПЕНДИЦИТТЕ СИСТЕМАЛУУ СЕЗГЕНҮҮ РЕАКЦИЯСЫ СИНДРОМУН КОРРЕКЦИЯЛОО

А.И. Мусаев, К.Т. Туратбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Жалпы практикадагы хирургия кафедрасы, комбустиология курсу
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаты - жергиликтүү перитонит менен оорлошкон курч аппендициттин деструктивдүү формасы менен жабыркаган оорулууларда системалуу сезгенүү реакциянын көрсөткүчтөрүн изилдөө.

Макалада жергиликтүү перитонит менен оорлошкон курч аппендицит менен жабыркаган 88 бейтаптын көрсөткүчтөрүнө талдоо жүргүзүлгөн.

Клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөр пайдаланылды. Системалуу сезгенүү реакциясынын синдромун коррекциялоо үчүн антибиотик-лимфостимулдочу терапияны колдонууга негиздеме берилди.

Негизги сөздөр: курч аппендицит, операциялык дарылоо, отушуп кетуу, системалуу сезгенүү реакциясынын синдрому, синдромду коррекциялоо

SYSTEMIC INFLAMMATORY RESPONSE SYNDROME CORRECTION AT DESTRUCTIVE APPENDICITIS COMPLICATED BY LOCALIZED PERITONITIS

A.I. Musaev, K.T. Turatbekova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of General Practice Surgery with Combustiology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Objective is to study indicators of systemic inflammatory reaction at the patients with destructive forms of acute appendicitis complicated by localized peritonitis. The Article provides analysis of indicators at 88 patients with acute appendicitis complicated by localized peritonitis. Clinical and laboratory values are used in the Article. Reasoning of antibiotic and lympho-stimulating therapy for correction of systemic inflammatory response syndrome is provided.

Keywords: acute appendicitis, operative treatment, complication, systemic inflammatory response syndrome, syndrome correction.

Введение. Одной из актуальных проблем экстренной абдоминальной хирургии является снижение частоты осложнений и летальности. Важность этой проблемы в том, что в последние годы, как утверждают многие исследователи [1,2,3], большинство больных поступают в поздние сроки заболевания, когда уже развился деструктивный процесс, а также немало важное значение имеет снижение иммунологической защиты населения, влияние экологических факторов и увеличение удельного веса в структуре населения лиц пожилого и старческого возраста [4,5,6], у которых имеют место тяжелые сопутствующие заболевания. Необходимо отметить, что во многих случаях, несмотря на удаление основного очага воспаления, развивается синдром системной воспалительной реакции (ССВР), который в ряде случаев носит защитный характер, но у многих, особенно при осложнении основного заболевания перитонитом, воспалительный

процесс и метаболические нарушения прогрессируют, что приводит к возникновению полиорганной недостаточности и сепсису, которые являются основной причиной смерти [7,8].

Клинико-лабораторные признаки синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) включают показатели температуры (гипер- или гипотермия), частоту дыхания (тахипное или гипокапния), частоту пульса (выше 90 в мин.) и увеличение количества лейкоцитов. Выявление хотя бы одно - двух показателей имеет практическое значение в исходе не только операции, но и исходе основного заболевания и требует детального анализа полученных результатов, выяснение причин возникших осложнений и выбора метода коррекции [9,10].

Однако, только клинических показателей недостаточно, необходимо использовать лабораторные исследования: бактериологические, иммунологические, маркеры степени тяжести эндотоксикоза

и др., которые должны быть учтены для выбора метода коррекции и оценки ее эффективности [11,12].

Учитывая то обстоятельство, что больные с острым аппендицитом занимают наибольший удельный вес среди экстренно оперированных больных и что после операции не снижается частота осложнений, мы в своей работе пытались изучить динамику показателей ССВР при деструктивных формах аппендицита, осложненных местным перитонитом.

Цель исследования – изучить показатели ССВР у больных острым деструктивным аппендицитом, осложненным местным перитонитом и оценить использование метода коррекции синдрома.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 88 больных острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом, мужчин-51 и женщин-37, возраст больных колебался от 16 до 82 лет, но наибольший удельный вес занимали пациенты в возрасте от 30 до 50 лет (54 из 88), что составляло 61,4%. Из 88 наблюдаемых больных до 24 часов от начала заболевания поступило всего 4 (4,5%), от 24 до 72 еще 25 (28,4), а остальные позже 3 суток.

В результате обследования сопутствующие заболевания выявлены у 37 поступивших (42,0%): гипертоническая болезнь у 12, коронарная болезнь сердца у 8, хронические бронхо-легочные заболевания у 7, варикозное расширение вен нижних конечностей у 4, хронический пиелонефрит у 6. Сопутствующие заболевания чаще выявлялись у лиц старше 50 лет.

В обследовании больных выполнялись: общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксика-

ции (ЛИИ) по Я.Я. Кальф-Калифу [13], общий анализ мочи, свертываемость крови, клинические показатели ССВР и лабораторные (лейкоциты, СРБ и уровень альбумина крови), УЗИ до операции для уточнения диагноза и УЗИ в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости.

Полученные результаты обработаны вычислением относительных величин (%).

Результаты и их обсуждение.

При поступлении больных определяли клинические показатели ССВР и при этом было установлено, что у 28 (31,8%) выявлены 2 признака синдрома, у 39 (44,3%) – 3, а у остальных (21 чел.-23,9%) обнаружены все 4 клинических признака. У всех поступивших отмечены симптомы острого аппендицита, из них у 39 с явлениями раздражения брюшины (напряжение мышц в правой подвздошной области, резко положительный симптом Щеткина – Блюмберга, а у 49 при УЗИ обнаружено наличие жидкости в правой подвздошной области. Все поступившие оперированы в первые часы с момента поступления, лишь у 6 больных потребовалась кратковременная предоперационная подготовка, которая включала гипотензивные средства и инфузионную терапию (гипертоническая болезнь, выраженные явления интоксикации). Больные старше 40 лет с сопутствующими заболеваниями консультированы терапевтом или кардиологом.

В процессе работы, чтобы оценить наши подходы к коррекции ССВР, мы выделили две группы: первая-42 больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом, у которых

использовано традиционное лечение: после вскрытия брюшины осушали брюшную полость от образовавшегося экссудата, затем выполняли аппендэктомию после которой брюшную полость орошали раствором фурациллина, подвздошную область дренировали микроирригатором через который вводили 1,0 канамицина на растворе новокаина 0,5% -10,0 - 15 мл. После операции больные получали инфузионную терапию, обезболивающие по показаниям и антибиотик внутривенно два раза в сутки (80 мг гентамицин или 500 тыс. ед. ампициллин) в зависимости от течения послеоперационного периода. Эта группа служила для нас контролем.

Вторую группу составили 46 больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом. При вскрытии брюшины ее осушали от выпота, выполняли аппендэктомию, а затем брюшную полость орошали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. После орошения в переходную складку брюшины вводили антибиотик (цефазолин) с лимфотропной смесью, которая содержала гепарин 70 ЕД на кг веса тела, новокаин 0,5%-10,0-15,0 мл тактивин 1 мл, и лидаза 8-10 ЕД. Брюшную полость дренировали микроирригатором, через который вводили озонированный раствор хлорида натрия 2 раза в сутки и после введения через два часа осуществляли активную аспирацию. После операции назначили один антибиотик внутривенно 2 раза в сутки (цефазолин или цефтриаксон 1,0), инфузионную терапию, которая включала и озонированный рас-

твор 400 мл с концентрацией озона 3-4 мкг/мл два раза в сутки.

В контрольной группе из 42 больных флегмонозный аппендицит имел место у 36, флегмонозный с перфорацией- у 3 и гангренозный – у 3. Форма аппендицита подтверждена гистологическим исследованием аппендикулярного отростка. Выпот в брюшной полости серозный был у 28, гнойный – у 12 и у 2- гнилостный.

В основной группе из 46 оперированных по поводу аппендицита флегмонозная форма выявлена- у 38, флегмонозная с перфорацией- у 3 и у 5- гангренозный аппендицит. Выпот в брюшной полости серозный был у 28, гнойный- у 14 и гнилостный- у 4.

При бактериологическом исследовании экссудата брюшной полости характер микрофлоры был идентичным в обеих группах. Чаще обнаруживали кишечную палочку (26), кишечную палочку в сочетании с *Staphylococcus aureus* (21), только *Staphylococcus aureus* (24), *B. Fragilis* (13) и стрептококки(4). Необходимо отметить, что микрофлора в большинстве случаев была не чувствительна к наиболее распространенным антибиотикам, у 72% флора была чувствительна к цефазолину, цефтриаксону, цефалоспорином III-IV поколения. В своей работе мы использовали цефазолин и цефтриаксон.

Региональную лимфостимуляцию в переходную связку брюшины выполняли для улучшения дренажной функции лимфатических сосудов.

Используя эти подходы в лечении острого аппендицита, осложненного местным перитонитом, мы проследили, как изменялись клинические показатели ССВР (табл. 1).

Таблица 1- Динамика показателей ССВР в двух наблюдаемых нами группах больных

Сроки обследования		Количество признаков							
		Контрольная группа n – 42				Основная группа n - 46			
		1 пр.	2 пр.	3 пр.	4 пр.	1 пр.	2 пр.	3 пр.	4 пр.
До операции	абс.	-	14	19	9	-	14	20	12
	%	-	33,4	45,2	21,4	-	30,4	43,5	26,1
Через сутки после операции	абс.	-	15	18	9	-	16	20	10
	%	-	35,7	42,8	21,5	-	34,8	43,5	21,7
Через 3 суток	абс.	-	18	17	7	2	21	17	6
	%	-	42,82	40,5	16,7	4,3	45,7	36,9	13,1
Через 6 суток	абс.	3	25	12	2	14	25	7	-
	%	7,1	59,5	28,7	4,7	30,4	54,3	15,3	-

При рассмотрении показателей ССВР в контрольной группе установлено, что при использовании традиционного лечения количество показателей через сутки почти не изменилось, на третьи сутки изменения незначительные и лишь на 6 сутки отмечено снижение числа больших с 3 и 4 признаками. В то время, как в основной группе, где использована региональная стимуляция в переходную складку брюшины и орошение брюшной

полости озонированным раствором, уже на 3 сутки уменьшилось число больших с 4 и 3 признаками и на 6 сутки продолжалось снижение признаков, что позволяет отметить более выраженные положительные сдвиги, подтверждающие эффективность коррекции.

Наряду с клиническими показателями мы определили динамику лабораторных методов: ЛИИ и количество лейкоцитов (табл. 2).

Таблица 2- Динамика ЛИИ и лейкоцитоза у больших контрольной и основной групп

Показатель	х)	До операции M ₁ -m ₁	1сутки M ₂ -m ₂	3 суток M ₃ -m ₃	5-6 суток M ₄ -m ₄
ЛИИ	1	3,1±0,003	3,2±0,002	2,8±0,005	1,8±0,006
	2	3,2±0,004	2,8±0,003	2,1±0,004	1,3±0,007
P		>0,05	<0,01	<0,05	<0,05
Количество лейкоцитов 10 ⁹ /4	1	15,4±1,1	14,8±0,97	12,2±0,37	10,2±0,41
	2	14,8±0,05	12,1±0,99	9,15±0,28	6,12±0,81
P		>0,05	<0,05	<0,01	<0,001

х) Группа обследованных: 1- контрольная, 2-основная.

При использовании традиционного лечения больных с острым аппендицитом, осложненным местным перитонитом ЛИИ снижается медленно и при этом лишь на 5-6 сутки отмечено достоверное его снижение в сравнении с исходными показателями, а в основной группе уже через сутки отмечена тенденции к снижению ЛИИ, а на 3 сутки достоверное снижение, на 5 сутки он составляет $1,3 \pm 0,007$. Подобная динамика наблюдалось и в количестве лейкоцитов.

Выводы:

1. При остром аппендиците, осложненном местным перитонитом у большинства больных выявляются 3-4 признака ССВР (у 60 из 88).

Литература

1. Тургунов, Е.М. Комбинированная электроимпульсная и антибиотикопрофилактика раневых осложнений в экстренной абдоминальной хирургии / Е.М. Тургунов, Ихсан-уллах, М.А. Асанов // *Вестник хирургии Казахстана*. – 2012. - №1, спец. Выпуск. – С. 15.

2. Узакбаев, К.А. Комплексное лечение хирургической инфекции при сепсисе у детей / К.А. Узакбаев // *Хирургия рубежа XX и XXI века*. – Бишкек, 2000. – С. 185- 188.

3. Шакеев, К.Т. Микробный спектр возбудителей интраабдоминальной хирургической инфекции / К.Т. Шакеев, И.С. Азизов, П.М. Дериглазова // *Вестник хирургии Казахстана*. – 2012. -№2, -С.44-45.

4. Шано, В.П. Варианты лечения критических состояний с учетом патогенеза SIRS-синдрома системного воспалительного ответа / В.П. Шано, Ф.И. Гюльмалидов, А.Н. Нестеренко // *Анестезиология и реаниматология*. – 1997. - №6. – С.48-53.

2. Традиционное лечение с применением антибиотиков, инфузионной терапии и обезболивающих средств способствует коррекции ССВР лишь на 5-6 сутки.

3. Использование метода с включением региональной лимфостимуляции и внутривенного введения озонированных растворов хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл способствуют быстрой коррекции ССВР, которая подтверждена клиническими и лабораторными результатами исследования.

5. Asayama, K. *Evaluation of systemic inflammatory response syndrome criteria as a predictor of mortality in emergency patients transported by ambulance* / K. Asayama, N. Alkawa // *Keio J. Med.* – 1998 - №47, vol. 19. –P.27-36.

6. Comsted, P. *The Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) in acutely hospitalized medical patients: a cohort study* / P. Comstedt, M. Storgaard, A.T. Lassen // *Scand J. Trauma Resusc Emtrg Med.* – 2009. - Vol. 17. – P.67-69.

7. Баевский, Р.М. Оценка адаптационных возможностей организма риск развития заболеваний / Р.М. Баевский, А.П. Берсенева. – М.: Медицина, 1997. – 236 с.

8. Багненко С.Ф. Фармакологическая коррекция синдрома системной воспалительного ответа / С.Ф. Багненко, Н.Б. Горбачев, Б.В. Батоцыренов // *Бюллетень Восточно-Сибирского научного отделения Российской Академии медицинских наук*. – 2008. – С. 37-38.

9. Гусев, Е.Ю. Системное воспаление как типовой патологический процесс / Е.Ю. Гусев, Л.Н. Юрченко // Вестник медицинской академической науки. – 2004. – №4. – С.17-20.

10. Горбачев, Н.Б. Коррекция нарушения метаболизма путем использования цитофлавина у больных с разлитым перитонитом в послеоперационном периоде / Н.Б. Горбачев, Ю.Б. Михалева, В.П. Амагыров // Сб. докл. и тезисов X съезда анестезиологов и реаниматологов России.-Санкт – Петербург, 2006. - С. 277-278.

11. Зотова, Н.В. Применение нового интегрального показателя системной воспалительной реакции уровня реактивности для оценки тяжести состояния при осложненном течении родов / Н.В. Зотова, А.Ю. Бронселеков // Вестник РАМН. – 2008. – №6 (прил.). – С.160-161.

12. Миронюк, Н.В. Использование озонированного раствора и низкочастотного ультразвука в лечении острого перитонита / Н.В. Миронюк, ММ Рысбеков, Н.Е. Даленов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – №1, спец. выпуск. – С.53-54.

13. Кальф – Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении / Я.Я. Кальф – Калиф // Врачебное дело. – 1941.-№5. – С. 31-33.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, Р.К. Кубатбеков, А.Г. Пак

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

кафедра факультетской хирургии

(зав. каф. – д.м.н., проф., член-корр. НАН КР Р.А. Оморов)

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

E-mail: rustamkubatbekov10@gmail.com

Резюме. В данной работе представлены результаты хирургического лечения 40 пациентов с неопухолевым патологией кардиоэзофагеальной зоны. После рутинных общеклинических инструментальных и специфических (эндоскопический и рентгенологический) методов обследования была произведена операция в объеме круорографии и фундопликации по Ниссену под эндотрахеальной анестезией. Специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Летальных случаев не отмечено. Пациенты после операции были выписаны из клиники с улучшением. Полученные хорошие результаты, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения неопухолевого патологией кардиоэзофагеальной зоны.

Ключевые слова: неопухолевая патология кардиоэзофагеальной зоны, диагностика и хирургическое лечение.

КАРДИОЭЗОФАГИАЛДЫК АЙМАГЫНЫН ШИШИКТИК ЭМЕС ПАТОЛОГИЯСЫНЫН ДИАГНОСТИКА ЖАНА ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУ

Р.А. Оморов, Б.К. Осмоналиев, Ж.Т. Конурбаева, Р.К. Кубатбеков, А.Г. Пак

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,

факультеттик хирургия кафедрасы

(кафедра башчысы – м. и. д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Р.А. Оморов)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште кардиоэзофагиалдык аймагын шишик эмес патологиясы менен 40 бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары берилген. Күнүмдүк жалпы клиникалык жана аспаптык конкреттүү (эндоскопиялык жана рентген нурлары) колдонунгандан кийин эндотрахея анестезиясы астында көлөмү операция Круорофии жана Ниссен фундопликациясы ишке ашырылган. Хирургиялык жол менен байланышкан белгилүү бир кыйынчылыктар, болгон эмес. Каза белгиленген эмес. Хирургиялык кийин бейтаптар жакшыртуу менен ооруканадан чыкты. Алынган жакшы жыйынтыктар, бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу кардиоэзофагиалдык айма-

гынын башка оорулардын хирургиялык дарылоонун биздин тандалган ыкмасы ак-
тайт.

Негизги сөздөр: Кардиоэзофагиалдык аймагынын шишик эмес патологиясы, диа-
гностика жана Хирургиялык дарылоо.

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF NON-TUMOR PATHOLOGY OF THE CARDIOESOPHAGEAL ZONE

R.A. Omorov, B.K. Osmonaliev, J.T. Konurbaeva, R.K. Kubatbekov, A.G. Pak

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

Chair of faculty surgery

(Head of the department - MD, professor, corr. member NAS KR, R.A. Omorov).

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This paper presents the results of surgical treatment of 40 patients with non-neoplastic pathology of the cardio-esophageal zone. After routine clinical and instrumental and specific (endoscopic and x-ray) examination methods, an operation was performed in the volume of kroraafiya and fundoplication according to Nissen under endotracheal anesthesia. There were no specific complications associated with the operation. Lethal cases are not observed. Patients after surgery were discharged from the clinic with improvement. The obtained good results, improving the quality of life of patients justifies our chosen method of surgical treatment of non-tumor pathology of the cardio-esophageal zone.

Key words: non-neoplastic pathology of the cardioesophageal zone, diagnosis and surgical treatment.

Ведение. Неопухолевая патология кардиоэзофагеальной зоны, которая в основном представлена гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) являются на сегодняшний день одной из сложных хирургических проблем, их объединяют существенные анатомо-функциональные нарушения в кардиоэзофагеальной зоне [1, 2, 3].

ГЭРБ одно из самых частых и многочисленных заболеваний, проявляющееся пищеводными и внепищеводными симптомами. Установлено, что 10% населения Европейских стран и США имеют раз-

личные проявления ГЭРБ [3, 4]. Наиболее частой причиной развития ГЭРБ являются различные виды ГПОД [3, 5].

Из-за высокой распространенности среди населения патологий кардиоэзофагеальной зоны, которые протекают с атипичными клиническими проявлениями, ухудшают качество жизни пациентов и приводят к таким осложнениям, как язва и пептическая стриктура пищевода, пищевод Барретта, диагностика и лечение данной категории пациентов затруднены. Для определения функционального состояния пищеводно-желудочного перехода требуется комплексный подход, включающий в себя рутинные (ла-

бораторные и инструментальные) и специальные (рентгенологический, эндоскопический, рН-метрия, морфологический) методы исследования [6, 7].

Широко применяемые консервативные методы лечения патологий кардиоэзофагеальной зоны из-за длительного диспансерного наблюдения приводят к позднему обращению пациентов в хирургическую клинику, зачастую тяжелым рефлюкс-эзофагитом, осложненным кровотечением, пептической язвой, стриктурой пищевода или малигнизацией метаплазированного эпителия Барретта [7, 8].

На сегодняшний день в арсенале хирургических методов насчитывается более 35 способов оперативного лечения патологий кардиоэзофагеальной зоны, выполняемых как классическими методами, так и с использованием новых, малоинвазивных технологий позволяющим восстановить функцию кардиального жома и, следовательно, устранить гастроэзофагеальный рефлюкс с целью профилактики его осложнений. Вместе с тем, результаты антирефлюксных операций при ГЭРБ не удовлетворяют полностью современным требованиям - осложнения наблюдаются до 17,2% случаев. Из них рецидив рефлюкса у оперируемых пациентов наблюдаются от 6 до 15%, а в 3-6% случаев необходимо выполнение повторных операций [5, 6, 7, 8].

Таким образом, актуально стоит проблема комплексной диагностики и хирургического лечения ГЭРБ и ГПОД, которые позволили бы снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и рецидива заболевания.

Материал и методы

Данное исследование основано на результатах лечения 40 пациентов с ГПОД и сопутствующей ГЭРБ находившихся на лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы (ГКБ) №1 г. Бишкек, за период с 2016 года по 2018 год включительно. Среди прооперированных пациентов было 13 (22%) мужчин, женщин – 27 (78%). Возраст колебался от 31 до 81 лет, средний возраст составил 51 год

Длительность заболевания была от 6 месяцев до 5 лет. У 12 (30%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (5 пациентов), атеросклероз (4), гипертоническая болезнь (3), хронический пиелонефрит (4), бронхолегочные заболевания (4). До госпитализации пациенты были консультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование включало в себя рутинные лабораторные и инструментальные методы обследования: общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, свертываемость крови, глюкоза крови, группы крови и резус фактора, маркеров вирусного гепатита В, С, ИФА на ВИЧ, RW, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ). Также специальные методы обследования: эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и полипозиционное рентгенологическое исследование с сульфатом бария.

Эндоскопия является важным этапом в оценке пациентов с ГЭРБ и ГПОД, которым планируется оперативное лечение. Мы проводили пациентам ви-

деоэзофагогастроуденоскопию на аппаратах FUJINON VP-3500HD и PEN-TAX EPK-1000. Пищевод исследовали на наличие повреждений слизистой оболочки из-за гастроэзофагального рефлюкса, включая изъязвления, пептические стриктуры и пищевод Барретта. Для оценки эндоскопической картины эзофагита использовали классификации Савари-Миллера и Лос-Анджелесскую.

Классификация Савари-Миллера отражает преимущественно глубину поражения эпителия, Лос-Анджелесская классификация отражает распространенность поражения эпителия при эзофагите. II-III степени по Савари-Миллеру и C-D стадии по Лос-Анджелесской классификациям являются патогномоничными при ГЭРБ. Данные проведенных нами эндоскопических исследований у пациентов представлены в таблице.

В эндоскопию также включалась оценка гастроэзофагеального створчатого клапана Губарева (Gastroesophageal flap valve – GEFV) по классификации Hill LD и соавторов. При исследовании эндоскоп ретрофлексируют на 180 градусов в желудке, чтобы визуализировать нижне пищеводный сфинктер снизу. Клапан закрывается от 1 до 4 в соответствии с длиной клапана и плотностью прилегания к эндоскопу. При эндоскопии обращается внимание на наличие ГПОД. Грыжа должна измеряться как в верхне-нижнем, так и в боковых измерениях. I, II степени оценивают как норму, III, IV степени определяют как патологию. Эндоскопические данные по классификации Hill LD и соавторов у обследованных нами пациентов представлены в таблице.

Таблица - Данные проведенных эндоскопических исследований

Виды классификаций	Классификация Савари-Миллера при эзофагите (отражает глубину поражения).				Лос-Анджелесской классификация при эзофагите (отражает распространенность поражения).				Классификация Hill LD и соавт. Для оценки ГПОД.			
	I	II	III	IV	A	B	C	D	I	II	III	IV
Степени и стадии	-	23	16	-	-	18	22	-	-	-	7	33
Всего	40				40				40			

Всем пациентам при подтверждении эндоскопических признаков ГПОД с сопутствующей ГЭРБ была проведена полипозиционная рентгенологическое исследования с контрастированием. Рентген исследование с сульфатом бария обеспечивает подробную анатомическую оценку пищевода, желудка, размер и

анатомические характеристики ГПОД. Также рентген исследования с контрастированием выявляют дополнительные желудочно-пищеводные состояния, как дивертикулы пищевода, опухоли, стриктуры, ахалазию, нарушение моторики и гастропарез.

Операции проводились под эндотрахеальным наркозом. После верхне-срединной лапаротомии, ревизии органов брюшной полости и мобилизации левой треугольной связки печени, анестезиологом через ротовую полость в желудок проводился специальный буж №36 (применяемый для бужирования стриктур пищевода), для предотвращения дисфагии после фундопликации по Ниссену. Затем со стороны малого сальника за пищеводом выделялись обе ножки диафрагмы, пищевод брался на держалку (рис. 1), определялась величина отверстия между ними и для решения вопроса о крурорафии. Обе ножки диафрагмы сшивались 2-3 узловыми нерассасывающими швами позади пищевода (рис. 2).



Рис. 1. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Пищевод выделен и взят на держалку.



Рис. 2. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Производится задняя крурорафия.



Рис. 3. Этап операции при ГПОД и сопутствующей ГЭРБ у больной К.Л., 65 лет. Завершение фундопликации по Ниссену.

В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход, и производилась фундопликация по Ниссену с 2-3 швами с обязательным захватом стенки пищевода (рис. 3), данная манипуляция применялась для предотвращения такого осложнения как «соскользнувшая» антирефлюксная манжетка. Если большую кривизну желудка удерживали спайки или короткие желудочные сосуды, их предварительно рассекали до тех пор, пока проведение желудка позади пищевода не было совершенно свободно. После сшивания стенок желудка производился окончательный осмотр операционного поля, замена специального бужа на назогастральный зонд, дренирование и ушивание послеоперационной раны.

Результаты и обсуждение

Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов специфических осложнений, связанных с крурорафией и фундопликацией по Ниссену, не было. Применение специального толстого бужа во время операции

предотвращает дисфагию в послеоперационном периоде. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальности не было. Ведение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение

первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. Специальный буж меняли на более тонкий зонд в конце операции и удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. Проводился контроль проходимости кардиоэзофагеальной зоны с помощью рентгеноскопии сульфатом бария и во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2-4 сутки после ультразвукового контроля, а на 8-11 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 28 (70%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 3 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали изжогу, исчезли боли за груди-

ной, отрыжка, горечь во рту, дисфагия, отмечали улучшение общего самочувствия.

Заключение. Антирефлюксная операция в виде фундопликации по Ниссену позволяет устранить основную причину ГЭРБ, уменьшает риск развития рецидива заболевания. Крурорафия устраняет грыжевое отверстие и препятствует перемещению кардиальной части пищевода в средостение, что имеет немаловажное значение при лечении ГПОД.

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения ГПОД и ГЭРБ. И хотя было предложено множество оперативных методик, поиски и внедрение новых этапов улучшения результатов хирургического лечения и методик является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература

1. Федоров В.Д. *Избранные лекции по эндоскопической хирургии* / под ред. – СПб.: Коста, 2004.- С.14-16.
2. *Хирургические болезни пищевода и кардии* / под ред. П.П. Зубарева, В.М.Трофимова. – СПб.: Фолиант, 2005.- 208 с.
3. Черепанов, Д.Ф. *Оценка эффективности лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с использованием эндоскопической хирургии: дис. на соиск. уч. ст.канд. мед. наук.* – СПб., 2003.- 115 с.
4. Champion, J.K. *Laparoscopic esophagomyotomy with posterior partial fundoplication for primary esophageal motility disorders* // *Surg. Endosc.*—2000.—Vol. 14, № 8.—P. 746-749.
5. Booth, M.I. *Randomized clinical trial of laparoscopic total (Nissen) versus posterior partial (Toupet) fundoplication for gastroesophageal reflux disease based on preoperative oesophageal manometry* / [M.I. Booth, J. Stratford, L. Jones et al.] // *Br J Surg.* - 2008. - Vol. 95 (1). – P. 57–63/
6. Fein, M. *Is there a role for anything other than a Nissen's operation*/ M. Fein, F. Seyfried // *J Gastrointest Surg.*- 2010.-Suppl 1. - S67-74.
7. Shan, C.X. *Evidence-based appraisal in laparoscopic Nissen and Toupet fundoplications for gastroesophageal reflux disease*/ C.X. Shan, W. Zhang, X.M. Zheng // *World J Gastroenterol.* -2010. – V 16 (24). - P. 3063–3071.
8. Katz, P.O. *Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease* / P.O. Katz, L.B. Gerson, M.F. Vela // *Am J Gastroenterol.*-2013.- V 108 (3) - P. 308–328.

**ПРЕСАКРАЛЬНАЯ ТЕРАТОМА С НАГНОЕНИЕМ:
редкое клиническое наблюдение**

**Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Р.К. Бейшенбаев¹,
Б.Р. Джамалиев², Т.К. Кубанычбеков¹**

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии
(зав. кафедрой – член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор, Р.А. Оморов)

²Кыргызско-Российский Славянский университет
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: osmonaliev_2005@mail.ru

Резюме. В статье представлено клиническое наблюдение забрюшинной зрелой тератомы с нагноением у 30-летней пациентки с редким вариантом локализации опухоли (IV тип). Изначально пациентка трижды была оперирована с подозрением на кистозное образование придатков. При проведении магнитно-резонансной томографии выявлено кистозное образование, полностью занимающее дно малого таза; вероятно, доброкачественное, смещающее матку и придатки кверху, а прямую кишку кпереди. Выявленная предположительно доброкачественная опухоль полностью удалена менее травматичным лапаротомным доступом. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана на 9-е сутки в удовлетворительном состоянии. Опухоль представляла собой кистозное образование, состоящее из одной большой кисты, с густым сливкообразным грязно-желтого цвета гнойным содержимым в объеме 500мл. В настоящее время при ультразвуковом исследовании рецидива заболевания не выявлено, матка и прямая кишка расположены в типичных местах, нарушения функции органов малого таза нет.

Ключевые слова: тератома, забрюшинного пространства, нагноение, диагностика, оперативное лечение, рецидив.

**СЕЙРЕК КЕЗДЕШУУЧУ ЖЕРДЕ ЖАЙГАШКАН ИРИНДЕГЕН ТЕРАТОМА:
клиникалык байкоо жүргүзүү**

**Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Р.К. Бейшенбаев¹,
Б.Р. Джамалиев², Т.К. Кубанычбеков¹**

¹И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы
(кафедра башчысы – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Р.А. Оморов)

² Кыргыз-Орус Славян университети
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада 30 жаштагы оорулуу аялдын ичеги бышып жетилген ириң менен коштолгон тератомасы чейрек кездешүүчү жерден орун алган шишиги (IV типтеги) жөнүндөгү клиникалык байкоо көрсөтүлгөн. Башында бул аял кошумча кистага шек менен үч жолу операция болгон магнит-резонанс томографиясы жасалганда жамбаштын ылдый жагын толугу менен ээлеген киста бар экени белгилүү болгон. Жатынды жана жатын түтүкчөлөрүн өйдөжака, ал эми түз ичегини алды жака түртүп жаткан чоң киста болуп чыккан. Белгилүү болгон жакшы сапаттуу шишик көп оору келтирбеген лапаратомдук ыкма менен жок кылынган. Операциядан кийинки учур жакшы өтүп, ооруу кайра күчалбастан 9-чу күнү ооруканадан чыгарылган. Шишик бир чоң кистадан турган, ичинде 500 мл коюу ириңболгон. Азыркы учурда ультраүндүк добуш изилдөөнүн жыйынтыгында патология жок экени, жатын менен түз ичеги кадимки ордунда турганы, функциялары жакшы ишеп жатканы белгилүү болду.

Негизги сөздөр: тератома, чейрек кездешүү чүжерден, ириңдө, дартты аныктоо, операция жолу менен дарылоо, кайра пайда болуу.

**PRESAKRAL TERATOMA WITH SUPPURATION:
Rare clinical case**

**R.A. Omorov¹, B.K. Osmonaliev¹, R.K. Beishenbaev¹,
B.R. Djamaliev², T.K. Kubanychbekov¹.**

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Chair of faculty surgery

(Head of the department - MD, professor, corresponding member NAS KR R.A. Omorov)

²The Kyrgyz-Russian Slavonic University
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Summary: The article presents a clinical observation of retroperitoneal mature teratoma with suppuration in a 30-year-old patient with a rare variant of tumor localization (type 4). Initially, the patient was operated thrice with suspected cystic formation of pelvic region. An magnetic resonance tomography revealed a cystic formation that completely occupied the pelvic floor, probably benign, displacing the uterus and appendages upward, and the rectum anteriorly. The identified presumably benign tumor was completely removed by less traumatic laparotomic access. The postoperative period was uneventful, and was discharged on the 9th day in a satisfactory condition. The tumor was a cystic mass consisting of one large cyst, with a thick creamy, dirty yellow color with purulent contents in a volume of 500 ml. at present, there is no pathology with ultrasound, the uterus and rectum are located in typical places, there is no dysfunction of the pelvic organs.

Key words: teratoma, retroperitoneal space, suppuration, diagnostics, surgical treatment, relapse.

Введение. Пресакральная киста (ПК) – врожденная аномальная структура, локализующиеся в параректальной клетчатке, от простых дермоидных кист до сложных опухолей, содержащих целые органы или их зачатки, и даже неполные паразитарные плоды [1].

В течение многих лет в центре внимания хирургов и колопроктологов остается проблема лечения пациентов с ПК. Актуальность этой проблемы связана с локализацией тератом, которые чаще всего располагаются в крестцово-копчиковая области и распространенностью. Частота рождения детей с таким вариантом опухоли — 1:40 000; патология в 3 раза чаще встречается у девочек. Большая часть новообразований выявляется при рождении или в возрасте до одного года. Среди хирургов не существует единого мнения в отношении тактики лечения пациентов с ПК [2, 3, 4]. Особую опасность представляют тератомы больших размеров, а так же их осложнения, такие как: малигнизация, нагноение, образование тазовых абсцессов и свищевых ходов [5, 6].

Крестцово-копчиковые тератомы в зависимости от локализации подразделяются на 4 типа (American Academy of Paediatrics Surgical Section, APPSS) [7]:

- 1 тип: преимущественно рост наружу с минимальным поражением предкрестцовых тканей (47% наблюдений);
- 2 тип: выраженный рост наружу и в полость таза (34%);
- 3 тип: имеется рост наружу, но преобладает рост в полость таза с проникновением в брюшную полость (9%);

- 4 тип: отсутствует наружный компонент, опухоль полностью расположена в полости таза (10%).

Тератомы, в большинстве случаев состоят из тканей, которые представляют собой производное от трех зародышевых листков (тридермальные) и содержат органоидные элементы. По классификации F. Gonzalez-Crussi различают зрелый, незрелый, последний можно рассматривать как, злокачественный вариант тератом [8].

По данным литературы мы не нашли сообщений о тератомах с локализацией 4-го типа по классификации APPS в Кыргызской Республике у взрослых пациентов. Принимая во внимание редкость выявления тератомы больших размеров с нагноением у взрослых, представляем собственное клиническое наблюдение оперированной пациентки.

Клинический случай. Пациентка Ж.У.С. 30 лет, находилась на стационарном лечении в отделении экстренной хирургии и урологии Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, № истории болезни 12 565–2018/1527 с 12.12.18г. по 21.12.18г. Жалобы при поступлении: на боли внизу живота, в области копчика, частые позывы на дефекацию, мочеиспускание, лентовидный кал, общую слабость. Из анамнеза болезни: со слов пациентки боли внизу живота и в области копчика начали беспокоить с 2010 года, при ультразвуковом исследовании (УЗИ) была выявлена киста малого таза, по поводу чего в 2013 году оперирована в одной из городских больниц (Республика Казахстан), произведена лапаротомия, цистэктомия левого яичника, однако жалобы сохранялись,

киста малого таза вновь беспокоила. В 2014 году повторно, лапаротомным доступом оперирована по поводу кисты малого таза. Но, несмотря на две лапаротомии, кисту удалить не удалось, жалобы сохранялись после операций и постепенно начали нарастать, в связи, с чем в 2015 году обратилась в клинику г. Астаны. При УЗИ было выявлено кистозное образование малого таза, по поводу чего была произведена лапароскопическая операция, где также произведена цистэктомия, по данным выписных эпикризов из историй болезней. Последние два месяца пациентка стала вновь отмечать усиление болевого синдрома, чувство инородного образования в малом тазу, периодически озноб, трудность при дефекации, мочеиспускании, лентовидный кал, недомогание и общую слабость. Было рекомендовано пройти магнитно-резонансную томографию (МРТ) и консультацию проктолога. После прохождения МРТ, обратилась в ГКБ №1 г. Бишкек, где была осмотрена проктологом, обследована и госпитализирована для оперативного лечения с диагнозом пресакральная киста больших размеров. При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, с наклоном вперед, из-за болевого синдрома в области копчика. Кожный покров и видимые слизистые бледноватой окраски. Телосложение - нормостеническое. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс 80 уд в мин. Локальный статус: Живот симметричен, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации безболезнен. Над

лоном имеется поперечный «окрепший» послеоперационный рубец размером 20,0 на 0,3 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника активная. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул не регулярный, склонный к запорам. Мочеиспускание частое. На промежности, каких-либо образований на коже, свищей, мацераций нет. При пальцевом ректальном исследовании, по задней стенке прямой кишки выше анального канала имеется округлое образование диаметром около 10,0 см, плотно прилежащее к задней стенке прямой кишки. На слизистой прямой кишки рубцовых или воспалительных изменений не выявлено. Образование оттесняет прямую кишку кпереди. При пальцевом исследовании образование болезненное, плотное, напряженной консистенции. Ректороманоскопия не производилась из-за выраженного смещения прямой кишки кпереди и болевого синдрома. Общеклинические и биохимические анализы были в пределах нормы. При УЗИ: по передней поверхности матки лоцируется анэхогенное образование размером 72x64мм, с гомогенным содержимым, с четкими контурами, толстой стенкой, периферические лимфоузлы не увеличены, плотно прилежит к мочевому пузырю, матки и прямой кишки, задний свод свободен. Заключение: Загиб матки. Параовариальная киста?

На МРТ крестца, копчика, илеосакральных сочленений: на серии МР-томограмм в сагиттальной, аксиальной и коронарных плоскостях, T1, T2 ВИ, STIR – крестцово-копчиковый угол не изменен. Копчиковые позвонки визуализи-

руются, без признаков угловой деформации. Костно-травматические изменения не выявлены. Суставные щели илеосакральных сочленений не сужены. Субхондральные зоны без признаков трабекулярного отека, жировой дегенерации. Патологического МР-сигнала на STIR не выявлено. Костно деструктивных изменений не выявлено. Мягкие ткани не инфильтрированы. На охваченных снимках – в полости малого таза, в пресакральном пространстве отмечается кистозное образование размерами

9,0x8,7x7,7 см, с четкими ровными контурами, тонкой стенкой, однородным жидкостным содержимым муцинозного характера, оттесняющее прямую кишку, матку и мочевой пузырь кпереди. Яичники не изменены, фолликулярной структуры. Заключение: Костно-травматические, костно-деструктивные изменения крестцово-копчикового отдела позвоночника не выявлены. МРТ данных за сакроилеит нет. Кистозное образование пресакрального пространства (рис. 1).

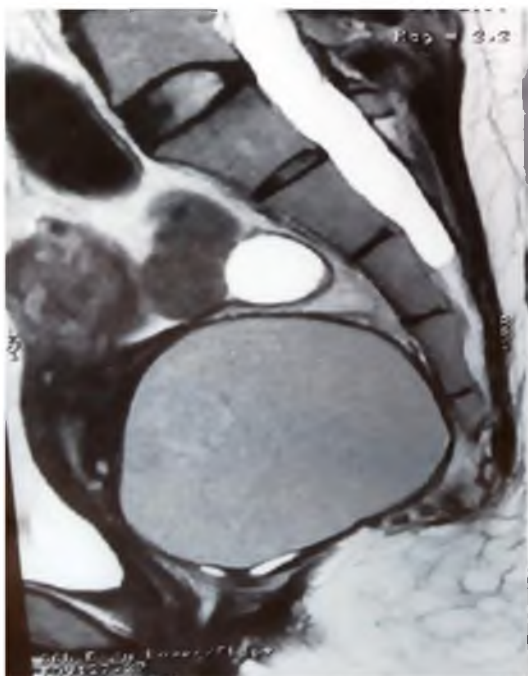


Рис. 1. МРТ пациентки Ж.У.С., 30 лет. Кистозное образование, занимающее полость малого таза, смещающее матку и придатки кверху, прямую кишку кпереди.



Рис. 2. Макропрепарат, пресакральная киста размером 10,0 x 9,0 см, плотной консистенции, стенки утолщены, уплотнены.

12.12.2018 г. произведена операция: лапаротомия по Пфанненштилю, адгезиолизис, цистэктомия из пресакрального брюшинного пространства, дренирование брюшинного пространства и малого таза. Интраоперационно в малом

тазу выраженный спаечный процесс (из-за предыдущих операций), брюшинно строго по средней линии и кпереди от крестца установлено наличие кистозного образования размером 10,0x9,0 см, которое оттесняло прямую кишку кпереди и

влево, матку с придатками в брюшную полость. После рассечения спаек и брюшины киста удалена без предварительной пункции и вскрытия (рис. 2). Дно кисты доходило до тазового дна. Основание опухоли обработано с помощью биполярной коагуляции.

Гистологические исследование:
№143 716-20. Стенка кисты выстлана

многослойным плоским эпителием (рис. 3); В стенке хроническое умеренное воспаление (рис. 4); в глубине киста выстланная бокаловидными клетками (рис. 5) также кистовидно расширенная железа из двуслойного эпителия; гладкомышечная ткань (рис. 6). Заключение: Тератома зрелая с кистообразованием.

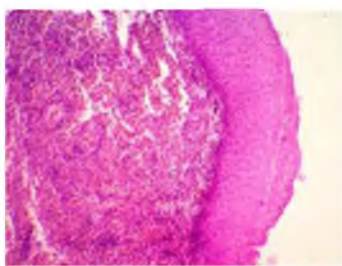


Рис. 3. Стенка кисты представлена фиброзной тканью и выстлана местами многослойным плоским неороговевающим эпителием. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100.

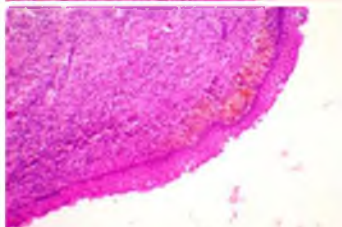


Рис. 4. В подслизистом слое определяется воспалительный инфильтрат с небольшим количеством лейкоцитов. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100.

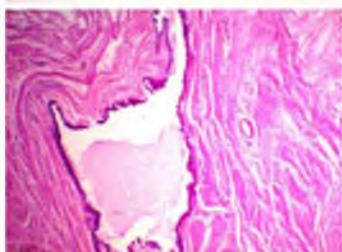


Рис. 5. В толще тератомы определяется тонкостенная киста. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x400.

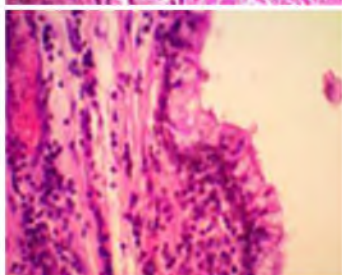


Рис. 6. Стенка кисты выстлана местами однослойным эпителием кишечного типа. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x400.

Послеоперационный период протекал без особенностей, рана зажила первичным натяжением, дренажи удалены после УЗИ контроля на 5-8 сутки после операции. Осложнений со стороны других органов не было. Стул и мочеиспускание нормализовались. Пациентка была выписана в удовлетворительном состоя-

нии на 9 сутки после операции. Контрольное обследование через 3 месяц после операции: жалоб нет, функции тазовых органов не нарушены. При УЗИ таза патологии не выявлено.

Обсуждение. Представленный клинический случай демонстрирует редкий вариант полностью внутренней крестцо-

во-копчиковой зрелой эпителиальной тератомы больших размеров, осложненной нагноением (около 500 мл гнояного содержимого) (рис. 7). Хотя локализация



Рис. 7. Макропрепарат. Пресакральная киста после вскрытия, получено густое сливкообразное гнойное содержимое в объеме около 500мл.

Возраст пациентки был не характерен для данной патологии, так как пресакральные кисты чаще всего встречаются в детском возрасте. Тератомы обычно являются тридермальными, но при гистологическом исследовании макропрепаратах были обнаружены эктодермальные (эпителиальные) элементы.

Для уточнения диагноза неоценимую помощь оказала МРТ, которая детально

и макроскопическая картина (рис. 8) типичны для внутренней крестцово-копчиковой тератомы 4-о типа по классификации APPS.



Рис. 8. Макропрепарат, Внутренняя стенка пресакральной кисты, стенки плотной консистенции, утолщены, уплотнены.

представила локализацию и природу кистозного образования, что не было проведено перед- и после произведенных ранее оперативных вмешательствах, приведшее к длительному течению заболевания, ухудшению качества жизни пациентки и такому осложнению как нагноение, выраженному спаечному процессу и техническим трудностям из-за размеров и локализации кисты.

Литература

1. Воробьев, Г.И. Основы колопроктологии.-М.: Медицинское информационное агентство, 2006.- 430 с.
2. Park, Y.J Multiple Presacral Teratomas in an 18-year-old Girl // J Korean Soc Coloproctol.-2011.- 27(2). - P.90-93.
3. Retrorectal cyst: a rare tumor frequently misdiagnosed / [MA Singer, JR Cintron, JE Martz et al.]// J Am Coll Surg.- 2003.- 196(6).- P.880-886.

4. Cody, HS, 3rd, Malignant retrorectal tumors: 28 years' experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Center/ HS Cody, 3rd, R.C Marcove, S.H Quan //Dis Colon Rectum. – 1981.- 24(7). – P.501-506.

5. Giant sacrococcygeal teratoma in an adult: case report / [Y.B. Roka, R. Koirala, A. Bajracharya et al.] // Br J Neurosurg.- 2009.- 23(6).- P.628-629.

6. Malignant degeneration of presacral teratoma in the Currarino anomaly / [M Urioste, Garcia-Andrade C. Mdel, L. Valle et al.] // *J Am Med A.Genet.* - 2004. - 128(3) – P.299–304.

7. Pizzo, A. P. *Principles and Practice of Pediatric Oncology, 5th edition.* Lippincott Williams &Wilkins / A P. Pizzo, D. G. Poplack. - 2006. – 1780 p.

8. Gonzalez-Crussi, F. *Extragenital Teratomas. Atlas of Tumor Pathology, Second Series, Fascicle 18.* Armed Forces Institute of Pathology, Washington / F Gonzalez-Crussi. - D.C., USA, 1982. - P.77–94.

К ВОПРОСУ О МЕСТЕ КОЛОСТОМИИ В ХИРУРГИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**А.А. Сопуев¹, Н.Ж. Сыдыков², А.К. Мамбетов¹, К.И. Мурзакалыков²,
М.К. Ормонов³**

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

²Национальный хирургический центр
г. Бишкек, Кыргызская Республика

³Ошский Государственный университет, г. Ош, Кыргызская Республика

E-mail: sopuev@gmail.com

nur.sydykov@bk.ru

oshsu.oms@gmail.com

Исследование основано на ретроспективном анализе 224-х медицинских карт пациентов, перенесших операцию колостомии за период 2010–2018 гг. в Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Чаще всего колостомию производилась при экстренных хирургических вмешательствах, в 199-ти (88,8%) случаях. В большинстве случаев накладывали концевую одноствольную колостому, в 183 (81,7%) случаях. В 36-ти (16,1%) случаях были сформированы петлевые колостомы. На концевые двуствольные отдельные и пристеночные колостомы пришлось 5 (2,2%) случаев. У 108-ми (48,2%) пациентов возникли осложнения. Наиболее распространенными осложнениями явились местная хирургическая инфекция, 51 (23,3%) случай; внутрибольничная пневмония, 23 (10,5%) случая, расхождение швов на ране, 17 (7,8%) случаев, спаечная кишечная непроходимость, 15 (6,8%) случаев, ретракция колостомы, 13 (5,9%) случаев. Летальность составила 8,5%.

Ключевые слова: колостома, концевая колостома, петлевая колостома.

**ЖООН ИЧЕГИНИН ХИРУРГИЯСЫНДА КОЛОСТОМИЯНЫН
ООРДУ ЖӨНҮНДӨ МАСЕЛЕ**

**А.А. Сопуев¹, Н.Ж. Сыдыков², А.К. Мамбетов¹, К.И. Мурзакалыков²,
М.К. Ормонов³**

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

²Улуттук хирургия борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

³Ош мамлекеттик университети, Ош ш., Кыргыз Республикасы

Изилдөө, 2010-2018-жылдары Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо Министирлигинин Улуттук хирургия борборунда операция болуп кеткен 224

пациенттин медициналык картасына ретроспективдик талдоо жүргүзүүсүнө негизделди. Көпчүлүк мезгилдерде, 199 (88,8%) учур, колостомия кечиктирилгис хирургиялык кийлигишүүлөрдө жасалды. Көп мезгилдерде, 183 (81,7%) учур, бир түтүктүү, учу чыгарылган колостома жасалды. 36 (16,1%) учурда, капталы чыгарылган колостома жасалды. Өзүнчө эки түтүктүү, учу чыгарылган жана капталы чыгарылган колостомаларга 5 (2,2%) учур туура келди. 108 (48,2%) пациентте кабылдоо болду. Эң көп кездешкен кабылдоо болуп, жергиликтүү хирургиялык инфекция, 51 (23,3%) учур, катталса, 23 (10,5%) учурда ооруукананын ичиндеги пневмония, 17 (7,8%) учурда жараттагы тигиштин ажырап кетиши, 15 (6,8%) учурда ичегинин жабышма өтпөй калуусу, 13 (5,9%) учурда колостоманын ретракциясы кездешти. Леталдуулук 8,5% ды түздү.

Негизги сөздөр: колостома, учу чыгарылган колостома, капталы чыгарылган колостома.

TO THE ISSUE OF THE PLACE OF COLOSTOMY IN COLON SURGERY

A.A. Sopuev¹, N.Zh. Sydykov², A.K. Mambetov¹, K.I. Murzakalykov², M.K. Ormonov³

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

²National Surgical Center

Bishkek, the Kyrgyz Republic

³Osh State University, Osh, Kyrgyz Republic

A retrospective analysis of records of all patients (224 patients), who underwent colostomy from 2010 to 2018 at National Surgical Center in Bishkek, Kyrgyzstan, was conducted in November 2018. In general, emergency surgical conditions make the majority of the reason for colostomy, 199 (88.8%). The commonest type of colostomy done was Hartman's end colostomy, 183 (81.7%). Loop colostomy made up 36 (16.1%) of all the colostomies. Double barrel and spectacle colostomies together accounted for only 5 (2.2%). Complications were seen on 108 (48.2%) patients. The most common complications were surgical site infection, 51 (23.3%), hospital acquired pneumonia, 23 (10.5%), wound dehiscence, 17 (7.8%), adhesion obstruction, 15 (6.8%) and colostomy retractions, 13 (5.9%). Mortality rate 8.5%.

end colostomy, loop colostomy.

Введение

Колостома – это противоестественный задний проход, который формируется в ходе различных хирургических вмешательств на толстой и прямой кишках. Это одно из наиболее распространенных хирургических вмешательств на толстой кишке, выполняемых в экстренных условиях и носящих спасительный характер в

безвыходных ситуациях [1]. Колостомия может применяться как при экстренных, так и при плановых операциях по поводу широкого диапазона врожденных и приобретенных доброкачественных или злокачественных заболеваний желудочно-кишечного тракта с целью наружного отведения или декомпрессии ободочной кишки. Наружное отведение толстой

кишки производится с целью защиты от контаминации фекалиями дистального отдела кишечника и профилактики последующих осложнений. Операция обычно производится при травме или при дистальных ректальных elective хирургических вмешательствах. Деконпрессия применяется для деблокирования обструкции толстой кишки. Примеры включают сигмовидный заворот и злокачественные опухоли левой половины толстой кишки [2].

В Кыргызстане статистически преобладают доброкачественные состояния, в том числе сигмовидные завороты, травмы и илеосигмовидные узлообразования. Но колоректальный рак также составляет немалую долю [3, 4]. Колостомия в зна-

чительной степени способствует сокращению смертности при абдоминальной травме. В Западной Европе и США колоректальный рак с обструкцией или без нее является более частым показанием к данному виду операции. Также нередко показаниями к операции являются дивертикулит и язвенный колит [2].

Колостомы делятся на четыре основных вида: концевая колостома (Рис. 1), двухствольная петлевая, и двухствольная раздельная (Рис. 2), а также пристеночная. Выбор типа колостомы зависит от показаний, опыта хирурга и общего состояния пациента в течении операции. Концевая колостома типа Хартмана и петлевая колостома формируются чаще других видов колостом [5].

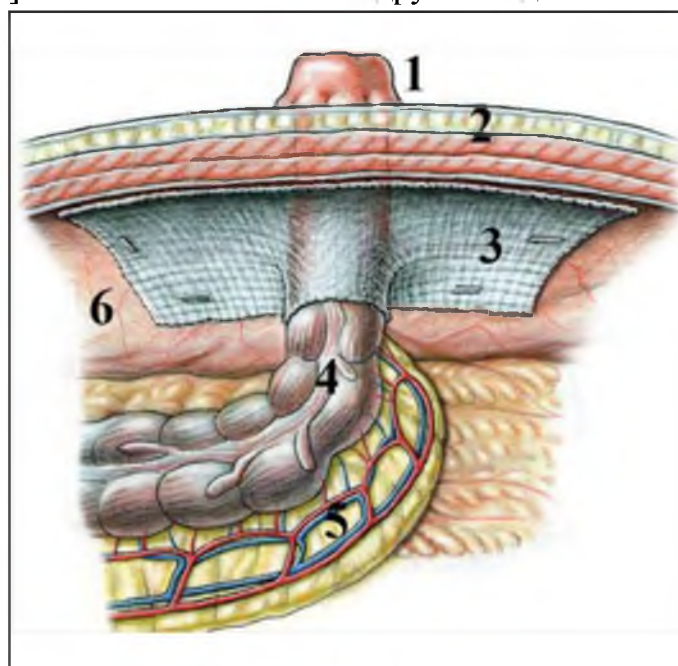


Рис. 1. Концевая (терминальная) колостома.

1. Конец стомы; 2. Брюшная стенка; 3. Хирургическая сетка; 4. Приводящая толстая кишка; 5. Брыжейка толстой кишки; 6. Париетальная брюшина.

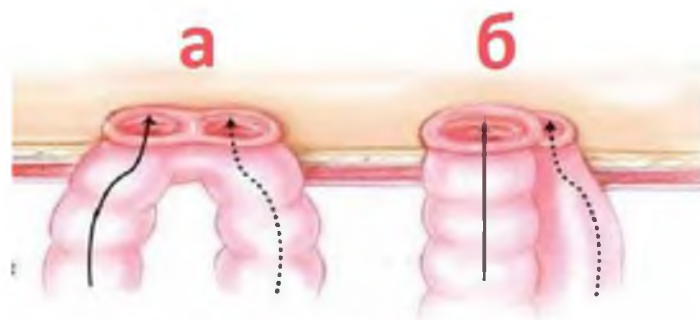


Рис. 2. Двуствольная колостома. а) петлевая; б) концевая двуствольная.

Колостомы могут быть временными или постоянными. Временные колостомы через какой-либо промежуток времени ликвидируются после улучшения состояния больного и после того, как причины наложения колостомы позволяют закрыть ее. Постоянные колостомы формируются при абдоминоперитонеальных резекциях, неоперабельном раке и не корригируемых повреждениях анального сфинктера. Несмотря на то, что это вмешательство является операцией с целью спасения жизни пациента, при ней имеют место значительное количество осложнений и довольно высокий процент смертности [6]. Осложнения могут быть связаны с самой колостомией или с основным заболеванием. Общие ранние осложнения включают раневую хирургическую инфекцию, расхождение краев раны, некроз и ретракцию стенки выведенной кишки [3, 7]. Возникновение послеоперационных осложнений значительно ухудшает непосредственные и отдаленные результаты наложения колостомий. До настоящего времени не удается добиться прогресса в улучшение результатов наложения колостомий, даже несмотря на видимые успехи в совершенствовании хирургической техники, разработку новых средств и различных терапевтических

методов. Колостомические осложнения являются наиболее частыми причинами значительных нарушений функциональной деятельности кишечника, препятствуют успешному осуществлению медицинской и социальной реабилитации колостомированных больных.

Осведомленность о показаниях к колостомии, ее типах и осложнениях может помочь в улучшении результатов лечения этой категории больных.

Цель: Анализ причин неудовлетворительных исходов и осложнений хирургического формирования наружных колостомий для оптимизации тактико-технических деталей этого оперативного вмешательства.

Материал и методы

Исследование основано на ретроспективном анализе 224-х медицинских карт пациентов, перенесших операцию колостомии за период 2010–2018 гг. в Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Национальный хирургический центр является лечебным учреждением третичного уровня в г. Бишкек (Кыргызская Республика) и осуществляет прием больных из всех регионов страны. Для анализа результатов диагностики и лечения этой категории больных использовались журналы протоколиро-

вания хирургических вмешательств и медицинские карты (истории болезни) пациентов.

Среди больных, включенных в представляемое исследование, мужчин было 158 (70,5%) с соотношением мужчин и

женщин 2,4:1. Возраст пациентов колебался от 15 до 85 лет со средним значением 50,8. Большинство пациентов, 163 (72,8%), не являлись жителями г. Бишкек (Табл. 1).

Таблица 1 - Социально-демографические характеристики пациентов, перенесших колостомию в период с января 2012 года по декабрь 2017 года в Национальном хирургическом центре

Характеристики	Категория	Кол-во	%
Пол	Мужской	158	70,5
	Женский	66	29,5
Возраст в группе	15-20 лет	6	2,7
	21-29 лет	22	9,8
	30-39 лет	39	17,4
	40-49 лет	37	16,5
	50-59 лет	38	17,0
	60 лет и старше	82	36,6
Местожителство	Столица Бишкек	61	27,2
	Вне Бишкека	163	72,8
Род_занятий	Крестьяне	189	84,4
	Государственные служащие	15	6,7
	Частные предприниматели	20	8,9
Социоэкономический статус	Низкий	179	79,9
	Средний	30	13,4
	Высоко	15	6,7

Результаты и обсуждение

Чаще всего колостомия производилась при экстренных хирургических вмешательствах, в 199-ти (88,8%) случаях. Показаниями к колостомии явились, в порядке убывания: заворот с некрозом сигмовидной кишки в 88-ми (39,3%) случаях, колоректальный рак в 68-ми (30,4%)

случаях, травмы брюшной полости в 50-ти (22,3%) случаях, илеосигмоидное злообразование в 11-ти (4,9%) случаях и поздние стадии аноректального рака в 7-ми (3,1%) случаях. На толсто-толстокишечные инвагинации с некрозом кишки, интраоперационные травмы кишечника, травмы промежности и

несостоятельности анастомозов приходилось по 8 (3,6%) случаев (Табл. 2). Среди пациентов с травмами брюшной полости проникающие повреждения

имели место в 44-х (89,8%) случаях. Из них, огнестрельные ранения составили 10 (20,4%) случаев, колото-резанные ранения – 39 (79,6%) случаев.

Таблица 2 - Количественное распределение показаний к наложению колостомии

№	Патология	Кол-во	%
1.	Сигмовидный заворот с некрозом кишки	84	37,5
2.	Колоректальный рак	65	29
3.	Травмы брюшной полости	49	21,9
4.	Илеосигмоидное узлообразование	11	4,9
5.	Аноректальный рак	7	3,1
6.	Несостоятельность анастомоза	3	1,3
7.	Травмы промежности	2	0,9
8.	Толсто-толстокишечная инвагинация	2	0,9
9.	Интраоперационные травмы кишечника	1	0,5
	Итого	224	100

Наиболее часто накладывали концевые колостомы, в 183 (81,7%) случаях. Из них в 104-х (56,8%) случаях показанием к операции явился сигмовидный заворот с некрозом кишки, в 38-ми (20,8%) случаях – колоректальный рак, в 17-ти (9,2%) случаях – илеосигмоидное узлообразование и в 8-ми (4,4%) случаях – проникающие ранения брюшной полости. В 36-ти (16,1%) случаях были сформированы петлевые колостомы, основным показанием к которым были проникающие ранения брюшной полости, в 15-ти (41,7%) случаях; в 7-ми (19,4%) случаях показанием к этому виду колостом послужил колоректальный рак. По 4 (11,1%) случая приходится на травмы промежности и ятрогенные интраоперационные травмы толстой кишки. На концевые двустольные отдельные и пристеночные колостомы в сумме пришлось 5 (2,2%) случаев.

У большинства пациентов имели место сопутствующие заболевания. Более

часто выявлялись хронические сердечно-сосудистые заболевания (78,5%), заболевания органов дыхательной системы (32,6%), желудочно-кишечного тракта (24,7%), мочевыводящей системы (16,1%) и эндокринной системы (11,9%). Из заболеваний органов сердечно-сосудистой системы наиболее часто диагностировались гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца, из заболеваний дыхательной системы - хронический бронхит. Вдобавок, в 35,1% случаев имело место по 2 сопутствующих заболевания, а в 13,9% имели место по 3 и более сопутствующих заболевания.

У 108-ми (48,2%) пациентов возникли осложнения. Из них мужчины составили 72 (66,7%) случая, женщины - 36 (33,3%) случаев. В целом, было зафиксировано 157 осложнений. Наиболее распространенными осложнениями явились местная хирургическая инфекция, 51 (23,3%) случай; внутрибольничная пневмония, 23 (10,5%) случая, расхождение швов на

ране, 17 (7,8%) случаев, спаечная кишечная непроходимость, 15 (6,8%) случаев, ретракция колостомы, 13 (5,9%) случаев (Табл. 3). Частота осложнений была выше у пациентов с петлевыми ко-

лостомами, 58,3% (21 из 36 больных), у пациентов с концевыми колостомами процент осложнений составил 43,7 (80 из 183 больных).

Таблица 3 - Тип и частота осложнений у пациентов с колостомой

Тип осложнения	Кол-во	%
Нагноение операционных ран, включая параколостомическую инфекцию	51	22,8
Внутрибольничная пневмония	23	10,3
Расхождение швов на ране	17	7,6
Ранняя острая спаечная кишечная непроходимость	15	6,7
Ретракция колостомы	13	5,8
Некроз выведенной кишки	10	4,5
Колостомическая диарея	6	2,7
Пролапс колостомы	6	2,7
Сепсис	5	2,2
Параколостомическая грыжа	3	1,3
ОПН-преренальная азотемия	3	1,3
Глубокий венозный тромбоз	3	1,3
Колостомический стеноз	2	0,9
ИТОГО	157	70,1

В общей сложности 205 пациентов были выписаны с улучшением состояния, летальность составила 8,5% (19 случаев). Наиболее частой причиной летальных исходов явился синдром полиорганной недостаточности, 12 (63,2%) случаев. Среди больных, умерших от синдрома полиорганной недостаточности, у 6-х (50,0%) имел место сигмовид-

ный заворот с некрозом кишки, у 3-х (25,0%) – колоректальный рак (Табл. 4). Из трех пациентов, которые умерли от инфаркта миокарда, у двух был сигмовидный заворот с некрозом кишки, у одного пациента – гангрена Фурнье с распространением на кишечник. Все трое страдали сахарным диабетом.

Таблица 4 - Причины смерти и показания к хирургическому вмешательству у пациентов, перенесших операцию колостомы

Причины смерти	Показания	Кол-во	%
Синдром полиорганной недостаточности	Сигмовидный заворот с некрозом кишки	6	50,0
	Колоректальный рак	3	25,0
	Аноректальный рак	1	8,3
	Илеосигмоидное узлообразование	1	8,3
	Проникающая абдоминальная травма	1	8,3
	Всего	12	63,2
Инфаркт миокарда	Сигмовидный заворот с некрозом кишки	2	66,7
	Болезнь Фурнье	1	33,3
	Всего	3	15,8
Дыхательная недостаточность	Колоректальный рак	2	66,7
	Аноректальный рак	1	33,3
	Всего	3	15,8
Причины не определены	Сигмовидный заворот с некрозом кишки	1	5,3

Прослеживается значимая взаимосвязь ($p < 0,0001$) между сопутствующими хроническими заболеваниями и летальностью. Из 36-ти пациентов с гипертонической болезнью умерло двое. Из 8-ми пациентов, страдавших сахарным диабетом, умерло четверо. Трое из 5-ти пациентов умерло при наличии артериальной гипертензии и сахарного диабета. Также, летальный исход имел место у одного больного с лейкоемией.

Мужчины и лица старших возрастных групп преобладали среди пациентов, нуждающихся в колостомии. Это происходит от того, что показанием к колостомии чаще являются сопутствующие болезни пожилых людей, хотя возраст не является критерием. В представленном исследовании средний возраст изученной популяции составил 50,79. Это сопо-

ставимо с исследованиями, проведенными в Индии и Пакистане, в которых средний возраст пациентов составлял 50,5 и 55 лет [5, 8]. По половому признаку соотношение мужчин и женщин было эквивалентно 2,4: 1, что сравнимо с исследованиями Bekele Al et al. [3], но ниже чем в Индии (7:3) или Пакистане (6,5:1) [2].

Результаты исследования показали, что большинство колостомий было наложено по экстренным показаниям, также как и в других исследованиях [1]. Чаще всего причинами наложения колостомии явились сигмовидный заворот с некрозом кишки, левосторонний колоректальный рак и травмы в порядке, соответствующем их частоте. Аналогичные результаты также были представлены в исследовании A. Bekele et al [3].

Было установлено, что сигмовидный заворот с некрозом кишки является наиболее распространенным показанием к наложению колостомы.

Поскольку, показаниями к операции в основном являлись некроз сигмовидной кишки (концевая колостомия является операцией выбора) и левосторонние опухоли ободочной и прямой кишки, то наиболее часто накладывались концевые колостомы [4], которые также наиболее распространены во всем мире. Об этом сообщается в научных статьях из развитых и развивающихся стран мира со сходными результатами [3, 8]. Петлевая колостомия чаще всего накладывалась в случаях травмы, реже – при неоперабельных опухолях толстой кишки и в некоторых других случаях. В некоторых других исследованиях часто показанием для наложения петлевых колостом являлись дистальные ректальные хирургические вмешательства [3], в наших наблюдениях такие случаи не имели место.

Осложнения при наложении колостомы подразделяются на осложнения, обусловленные основным заболеванием, явившемся показанием к ее наложению, и на осложнения, обусловленные самой конструкцией колостомы [1, 3]. Большинство колостом было наложено в условиях острой неотложной хирургической патологии. Экстренные операции известны своим высоким уровнем осложняемости и летальности [2, 7, 4]. Именно так обстоит дело в нашем исследовании, где уровень осложнений достигает 48,2%. Подобные высокие показатели осложнений были зарегистрированы в Бостоне - 47,6%, Цюрихе - 76% и Лахоре - 41,77% [1].

Петлевая колостомия имеет самый высокий уровень осложняемости по сравнению с другими типами колостомий, вероятно, вследствие того, что петлевые колостомии накладывались в основном при тупых травмах и колото-резанных ранениях, а также из-за наличия технических трудностей. При травмах инфицирование происходит двумя способами: через ранящее орудие и в результате фекального загрязнения/перитонит.

Осложнения носили характер инфекционных или были результатом инфекции. Наиболее часто из осложнений возникали хирургическая раневая инфекция и пневмония. Развитие хирургической раневой инфекции связано с бактериальной транслокацией в некротически измененной кишке и фекальным загрязнением при травматических или злокачественных перфорациях, несостоятельности анастомозов и различных интраоперационных катаклизмах. Аналогичные результаты также были зарегистрированы в других исследованиях [3, 5].

Результаты наложения колостомий коррелировали с наличием сопутствующей хронической патологии ($p=0,000$). Такие результаты соответствуют выводам из других сообщений, где имело место статистически значимое увеличение осложняемости при наличии диабета ($P=0,036$). Летальность была высокой (8,5%), в основном, в связи с серьезным возрастом пациентов и связанных с этим, сопутствующих заболеваний (Рис. 3). Однако уровень летальности особо не отличался от данных (3-20%) из других научных источников [2].

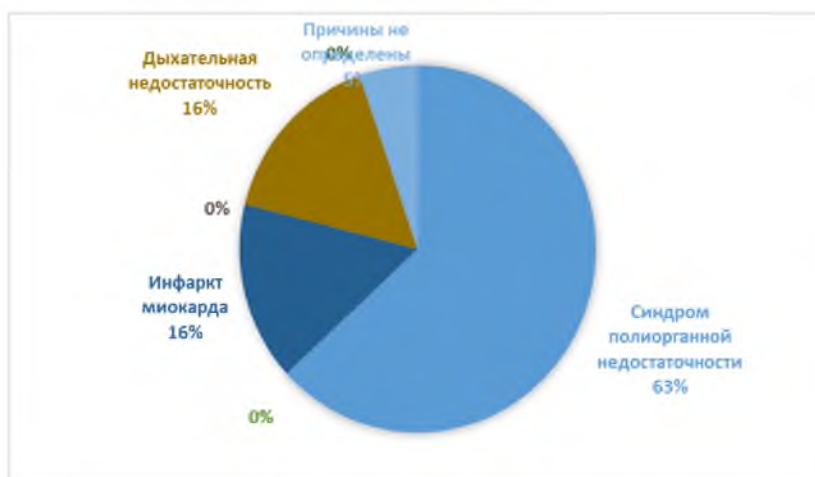


Рис. 3. Причины смерти пациентов, перенесших операцию колостомы.

Таким образом, некротический сигмовидный заворот, колоректальный рак и травмы толстой кишки являются ведущими показаниями для колостомии. При этом летальность и количество осложнений остаются довольно высокими и в основном связаны с хирургической инфекцией. Приоритетными направлениями для улучшения результатов колосто-

мии являются предоперационная интенсивная комплексная подготовка, раннее хирургическое вмешательство и сокращенные сроки закрытия колостомы. Также для снижения летальности следует не упускать из виду оптимизированное лечение сопутствующих заболеваний.

Литература

1. *Schwartz's principle of surgery. - 9th edition / [F.C. Brunicaudi - The McGraw-Hill Companies. 2011. - 1888 p.*

2. *Types and Indications of Colostomy and Determinants of Outcomes of Patients After Surgery / [E. Abebe et al.] // Ethiopian Journal of Health Sciences. - 2016. - №2. - P. 117-120.*

3. *Bekele, A. Patterns and indication of colostomies in Addis Ababa, Ethiopia. Bekele A., Kotisso B., Tesfaye M. // Ethiopian Medical Journal. -2009. -№4. -P. 285.*

4. *Онкологические принципы в экстренной хирургии колоректального рака / [А.А. Согуев, Н.Ж. Сыдыков, А.А. Калжикеев и др.] // Проблемы современной науки и образования. - 2017. -№3. -С. 99-103.*

5. *A clinical study of intestinal stomas: its indications and complications / [A. Zeeshamuddin, S. Apoorv, S. Pradeep et al.] // International Journal of Research in Medical Sciences. - 2013. -№1. - P.536-540.*

6. *Re-examining treatment strategies for sigmoid volvulus: An analysis of treatment and outcomes in Lilongwe, Malawi / [J.C. Samuel, A. Akinkuotu, N. Msiska et al.] // Global Journal Surgery. -2010. -№1. -P.149-153.*

7. *К вопросу о дренировании брюшной полости после операций на дистальных отделах желудочно-кишечного тракта / [А.А. Согуев, Т.А. Акматов, Н.Ж. Сыдыков и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. -2017. -№1. -С.83-85.*

8. *Ahmad, Q.A. Indications and complications of intestinal stomas. A tertiary care hospital experience in Lahore. Pakistan / Q.A. Ahmad, M.K. Saeed, A.M. Sarfraz // Biomedica. -2010. -№26. - P.144-147.*

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАНЕВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ХОЛЕЦИСТИТА И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Ж.Ж. Толоров

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

E-mail: tolorov_zhyrgalbek@mail.ru

Резюме. Цель – улучшить результаты оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита за счет прогнозирования раневых осложнений и их мер профилактики. Для прогнозирования использованы показатели: лейкоцитарный индекс интоксикации(ЛИИ), С-реактивный белок и эхоморфометрия ран. Использование показателей прогнозирования раневых осложнений и применение мер профилактики с учетом прогнозирования позволило снизить раневые осложнения с 28,5 до 4,0%.

Ключевые слова: холецистит, оперативное лечение, раневые осложнения, прогнозирование.

ХОЛЕЦИСТИТИН ДЕСТРУКТИВТҮҮ ТҮРҮНДӨ ЖАРААТТЫН АЛДЫН АЛУУ БОЮНЧА ИШ-ЧАРАЛАРДЫ БОЖОМОЛДОО

Ж.Ж. Толоров

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

Корутунду. Иштин максаты- Холециститтин деструктивтүү түрүндө, оорулууларды операциялык дарылоодо, жараттын ырбоосун алдын алуу боюнча божомолдоо иш-чаралардын жыйынтыгын жакшыртуу.

Божомолдоо учун колдонулган көрсөткүчтөрү: Лейкоцитардык уулануулардын көрсөткүчтөрү, С-реактивтик белок жана жараттын эхометриясы.

Жарааттын ырбоосун божомолдоо көрсөткүчтөр колдонулган иш чараларын алдын алууда колдонулган божомолдоонун эсебинен жарааттын ырбоосу 28,5тен 4.0% кыскарганы байкалды.

Негизги сөздөр: Холецистит, операциялык дарылоо, жарааттын ырбоосу, божомолдоо.

PROGNOSING OF WOUND COMPLICATIONS IN DESTRUCTIVE FORMS OF CHOLECUSTITIS AND MEASURES FOR THEIR PREVENTION

J.J. Tolorov

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

Summary. The goal is to improve the results of surgical treatment of patients with destructive forms of cholecystitis by predicting wound complications and their prevention measures. For prediction, the following indicators were used: leukocyte intoxication index (LII), C-reactive protein and echo morphology of wounds. The use of indicators for predicting wound complications and the use of preventive measures, taking into account the prediction, made it possible to reduce wound complications from 28.5 to 4.0%.

Key words: progressitis, operative treatment, wound complications, prognosis.

Введение

Желчнокаменная болезнь - распространенное заболевание, не имеющее тенденции к снижению, а наоборот, многие исследователи отмечают существенный рост числа больных, страдающих ЖКБ [1,2], при которых развиваются такие осложнения, как острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха. В последние годы наблюдается увеличение числа больных с деструктивными формами холецистита у которых высокий риск возникновения раневых осложнений [3,4]. Раневые осложнения увеличивают сроки стационарного и амбулаторного лечения, а следовательно, и увеличиваются расходы на их лечение.

Чтобы добиться снижения частоты осложнений после холецистэктомии ведется поиск мер их профилактики, но здесь очень важную роль играет прогнозирование, начинающегося нагноения ран, которое позволило бы предотвратить развитие раневого осложнения в самом его зарождении и улучшить результаты лечения и снизить затраты на лечение.

В литературе представлены различные способы прогнозирования, но ряд из них сложны для пользования на практике, а вторые малоинформативны. Так, Калашников и соавт. рекомендуют исследовать иммуноглобулин класса G в динамике,

при нарастании иммуноглобулина класса G в динамике, - риск раневых осложнений, но методика эта сложна [5].

Паевский С.А. для прогнозирования раневых осложнений разработал методику, основанную на способности тканевой жидкости проявлять обеззараживающие свойства [6]. Безмикробное благополучие заживления послеоперационной раны сочетается с усилением обеззараживающего действия тканевой жидкости и наоборот, при развитии начальных стадий воспаления отмечается снижение обеззараживающего действия.

В прогнозировании раневых осложнений Хилько В.А. и соавт. проводили цитологическую оценку раневого отделяемого и особое внимание уделяли нейтрофилам и макрофагам [7]. Авторы утверждают, что динамика этих клеток (появление к определенному сроку, дальнейшее снижение или повышение) объективно характеризует процесс заживления раны, отражая как негативный фон, так и позитивную сторону.

Гуменюк С.Е. и соавт. для прогнозирования раневых осложнений рекомендуют исследовать показатели периферической крови и крови, взятой из раны и устанавливали корреляционную взаимосвязь между этими показателями [8]. При обнаружении обратной взаимосвязи прогнозировали осложненное течение, а

при прямой взаимосвязи – не осложненное.

Ряд исследователей определяли показатели перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активность ферментов антиоксидантной защиты [9,10]. При увеличении ПОЛ прогнозируют послеоперационное нагноение ран.

В прогнозе осложнений Гатауллин И.Г. и соавт. использовали результаты С-реактивного белка в динамике [11], а Триандафилов К.В. и Оноприев В.И. установили прогностическое значение ингибиции парциального давления кислорода в паравульнарных тканях в доклиническом периоде, при развивающемся нагноении [12].

Таким образом, в литературе придается большое значение прогнозированию осложнений, но большинство из методов трудоемки, требуют специального обучения, аппаратуры и реактивов. И в настоящее время идут поиски более современных методов прогнозирования, чтобы они были просты в выполнении и не затратны.

Цель – улучшить результаты оперативного лечения больных с деструктивными формами холецистита за счет прогнозирования раневых осложнений и использования мер их профилактики.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 92 больных, оперированных по поводу деструктивного холецистита, большинство из них были женщины (54 из 92), возраст больных был от 24 до 66 лет.

Для оценки значимости прогнозирования раневых осложнений нами были выделены 2 группы больных: первую составили 42, оперированных по поводу

деструктивного холецистита, у которых при выполнении мер профилактики осложнений показатели прогнозирования не учитывали и вторую группу составили 50 больных, у которых учитывали показатели прогнозирования. Обе группы по основным показателям (пол, возраст, давность заболевания, формы холецистита были равнозначны).

Мы проанализировали частоту раневых осложнений в первой группе – и она составила 28,5% (12 чел. из 42), что существенно влияло на сроки стационарного лечения.

Во второй группе с целью прогнозирования раневых осложнений мы использовали показатели С-реактивного белка, ЛИИ по Кальф-Калифу Я.Я. [13], как наиболее чувствительные тесты воспаления и эхоморфометрию ран в динамике. Эхоморфометрию раны выполняли аппаратом «Матрикс», с измерением зоны инфильтрации операционной раны.

Результаты и их обсуждение

Нами было установлено, что после операции по поводу острого деструктивного холецистита уровень С-реактивного белка снижается и на 5 сутки уже не выявляется.

Также определенные сдвиги происходят и в показателях при эхоморфометрии, ЛИИ, которые на 3 сутки после операции увеличиваются, а затем идет постепенное их снижение. Это при благоприятном течении раневого процесса, а если после трех суток показатели эхоморфометрии и ЛИИ не снижаются или остаются на уровне 3 суток или увеличиваются, то это уже указывает на риск возникновения осложнений.

Мы детально проанализировали результаты эхоморфометрии, ЛИИ и С-реактивного белка, и из 50 обследованных риск возникновения раневых осложнений обнаружен у 14 из 50 оперированных, что составило 28%.

В этой группе больных усилена была противовоспалительная терапия (к цефазолину добавлен метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно и на область операционной раны красное лазерное излучение аппаратом «Матрикс» с экспозицией 10 минут [14]). За состоянием операционной раны велся строгий контроль. Из 14 больных, у которых выявлен риск нагноения раны, это осложнение отмечено лишь у 2 больных (4%). Результаты наших исследований показали целесообразность использования прогнозирования осложнений и при этом использовать ряд профилактических мер,

Литература

1. Оморов, Р.А. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии [Текст] / Р.А. Оморов, Б.А. Авазов, Р.К. Бейшенбаев. - М. Maxima.- 2009.- 128 с.

2. Мусаев, У.С. Современные подходы к оперативному лечению больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнений [Текст] / У.С. Мусаев: Автореф. дисс. докт. мед. наук. 14.01.17. - Бишкек, 2015.- 34с.

3. Мамакеев, М.М. Проблемы и перспективы хирургического лечения острого холецистита [Текст] / М.М. Мамакеев // Хирургия Кыргызстана.- 1998.- №1.- С. 19-25.

4. Ермолов, А.С. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста [Текст] / А.С. Ермо-

которые позволяют надежно избежать раневых осложнений.

Выводы:

1. Для прогнозирования раневых осложнений при деструктивном холецистите использовать показатели С-реактивного белка, ЛИИ и эхоморфометрию ран.

2. При выявлении риска возникновения осложнений по результатам С-реактивного белка, ЛИИ и эхоморфометрии, пересмотреть объем лечения, обязательно усилить противовоспалительную терапию и использовать физические методы (инфракрасное облучение операционной раны).

3. Применение метода прогнозирования раневых осложнений и своевременное использование мер профилактики позволяет снизить частоту осложнений.

лов, А.М. Шулутко, М.И. Прудков // Хирургия.- 2009.- №2.- С. 11-13.

5. Калашиников, А.Ф. Прогнозирование гнойных осложнений послеоперационных ран [Текст] / А.Ф. Калашиников, Ф.Я. Кульберг, Л.М. Бартова // Советская медицина.- 1983.- №2.- С. 22-23.

6. Паевский, С.А. Способ ранней диагностики инфицирования послеоперационной раны [Текст] / С.А. Паевский // Лабораторное дело.- 1998.- №8.- С. 55-58.

7. Хилько, В.А. Способ прогнозирования гнойных осложнений глубоких послеоперационных ран [Текст] / В.А. Хилько, Ш.Х. Гизатуллин, А.Н. Хлуновский // Патент 1638623SU, А1446 3727/14. 1991. Бюлл. №12.

8. Гуменюк, С.Е. Профилактика эвентраций и послеоперационных вентральных грыж при ушивании брюшной стенки [Текст] / С.Е. Гуменюк, Е.Ю. Гладкий, А.В.

Губши // Кубанский научный-медицинский журнал.- 2013.- №3.- С. 52-54.

9. Кузьмин, В.В. Способ прогнозирования послеоперационного нагноения раны [Текст] / В.В. Кузьмин, О.Л. Андреев // Патент 2310850РФ, МПК, G01 №33/52.- 2007.

10. Мироманов, А.М. Прогнозирование инфекционных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных с переломом длинных трубчатых костей [Текст] / А.М. Мироманов, Н.А. Мироманова, Е.В. Намоконов // Травматология и ортопедия России.- 2009.- №4.- С. 88-90.

11. Гатауллин, И.Г. Оценка риска гнойных послеоперационных осложнений у больных колоректальными раком [Текст] / И.Г. Гатауллин, С.В. Козлов, С.А. Фролов // Материалы Всероссийской научно-

практической конференции. Смоленск.- 2014.- С. 56-57.

12. Триандафилов, К.В. Прецизионная техника и новые типы анастомоза после обширных резекций толстой кишки [Текст] / К.В. Триандафилов, В.И. Оноприев // Реконструктивные и восстановительные операции на толстой кишке. Благовещенск.- 1994.- С. 67-68.

13. Кальф-Калиф, Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его прогностическое значение [Текст] / Я.Я.Кальф-Калиф// Врачебное дело-1941.-№1.-С.31-36.

14. Мусаев, У.С. Инфракрасное лазерное излучение в профилактике осложнений при деструктивном холецистите [Текст] / У.С. Мусаев, Ж.Ж. Толоров // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2018. - №1. – С. 78-80.

**АНАЛИЗ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ
ПРИ БУЛЛЕЗНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ
СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ**

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, А.Т. Осмонова, А.А. Аликжанов
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра Анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии
до- и последиplomного обучения
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлен анализ анестезиологического пособия, используемого для выполнения торакотомии у 47 больных с диагнозом: «буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом».

Ключевые слова: буллезная болезнь легких, спонтанный пневмоторакс, односторонняя вентиляция, пропофол.

**ОПКО БУУЛЛАЛАРЫНЫН ПАЙДА БОЛУ ЖАНА ЖАРЫЛУУ
НАТЫЙЖАСЫНДА КЕЛИП ЧЫККАН ПНЕВМОТОРАКСТЫ
НАРКОЗ БЕРҮҮ ЖОЛУ МЕНЕН АНАЛИЗДӨӨ**

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, А.Т. Осмонова, А.А. Аликжанов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
Анестезиология, реанимация жана интенсивдуу жардам
дипломго чейинки жана андан кийинки билим кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада өпкө буллаларынын пайда болуу жана жарылуу натыйжасында келип чыккан пневмоторакс оруусу менен ооруган 47 бейтапты наркоз берүү жолу менен торакотомия жасалганы көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: Өпкө буллаларынын пайда болуу жана жарылуу оруусу, натыйжасында келип чыккан пневмоторакс, бир өпкөлүк вентиляциясы, пропофол.

**ANALYSIS ANESTHESIOLOGICAL SUPPORT USED
ON BULLOUS LUNG DISEASE COMPLICATED
WITH SPONTANEOUS PNEUMOTORAX**

G.U. Tolbashieva, Zh.A.Chyngyshova, A.T. Osmonova, A.A. Alikzhanov
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Anesthesiology Resuscitation and Intensive care
under and post graduate education
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article presents an analysis of the anesthesia used to perform thoracotomy in 47 patients with a diagnosis of bullous lung disease complicated by spontaneous pneumothorax.

Key words: bullous lung disease, spontaneous pneumothorax, single lung ventilation, propofol.

Введение. За всю историю торакальной хирургии во многих отечественных и зарубежных научных работах исследовались методы лечения спонтанного пневмоторакса различного генеза [1,2,3]. Однако, несмотря на достаточно большое количество исследований, лишь в немногих из них рассматриваются методы лечения спонтанного пневмоторакса, причиной которого является буллезная болезнь легких [4,5]. На сегодняшний день одним из основных методов лечения буллезной болезни легких является хирургический, а именно торакотомия с ушиванием булл. Данная операция характеризуется трудностью оперативного доступа и особо сложной техникой выполнения, а также выбором методов анестезиологического пособия. Для успешного проведения этих оперативных вмешательств требуется достаточная глубина наркоза с легкой управляемостью в сочетании с минимальным риском раз-

вития отдаленных последствий после проведенной тотальной внутривенной анестезии с интубацией легких.

Цель исследования: изучить современные методы анестезиологического пособия, используемые в отделении торакальной хирургии НГ МЗ КР; изучить возможность улучшения данного анестезиологического пособия и внедрения новых методов.

Материал и методы исследования

Проведено исследование 47 больных, находящихся на лечении в отделении торакальной хирургии НГ МЗКР в период с 2016 по 2018 г. с клиническим диагнозом: буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом

Из 47 больных женщин было 7(15%), мужчин 40 (85%). Возраст их колебался от 18 до 70 лет, большинство из них были в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет) (табл.).

Таблица - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		Из них в возрасте (в годах)					
	Абс.	%	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Жен.	7	15	0	3	3	0	1	0
Муж.	40	85	1	12	11	10	3	3
всего	Абс.	47	0	6,5	6,5	0	2	0
	%	100	2	26	23	21	6,5	6,5

Результаты и обсуждение

Среди исследуемых больных преобладали жители Чуйской области (66%),

включая г. Бишкек (28% от общего числа больных) (рис.).

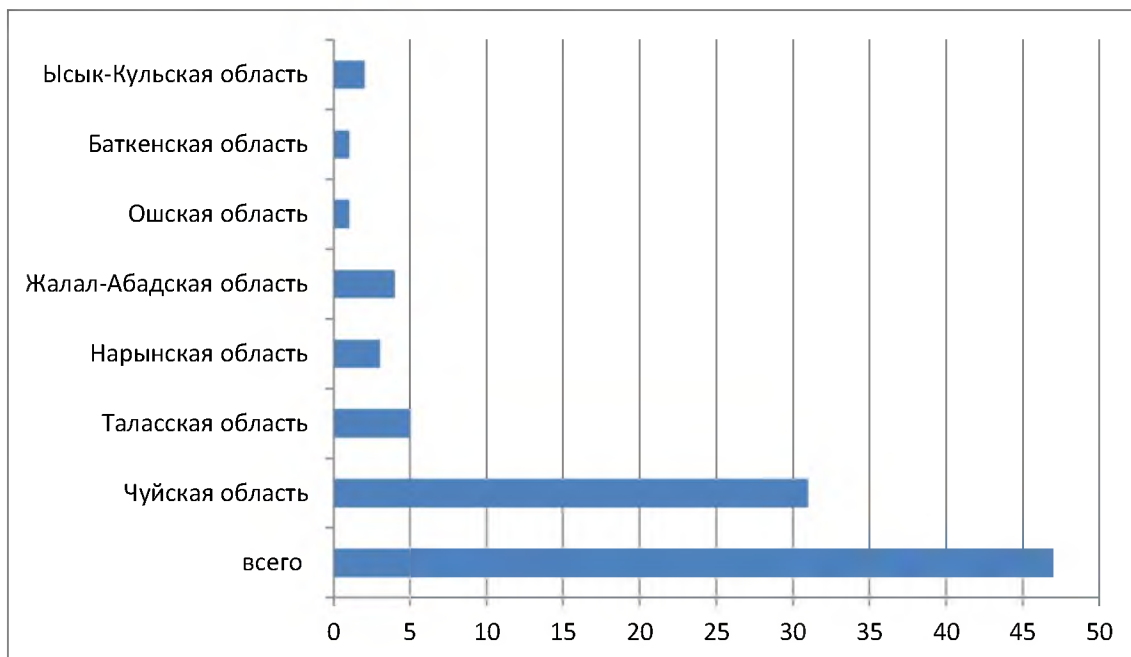


Рис. Распределение исследуемых больных по областям.

Такое преобладание жителей Чуйской области среди больных связано с повышенным уровнем загрязнения атмосферного воздуха [6]. При вдыхании атмосферного воздуха загрязняющие вещества патологически изменяют ткань легкого, что приводит к образованию буллы. При разрыве стенки буллы атмосферный воздух попадает в плевральную полость, возникает спонтанный пневмоторакс. Дренирование плевральной полости является одним из методов лечения пневмоторакса. 17 больным в исследуемой группе было проведено дренирование плевральной полости с использованием 0,5% раствора новокаина. Остальным 30 больным было проведено оперативное вмешательство: торакотомия с ушиванием булл. При проведении анестезиологического пособия использовался 1% раствор пропофола во время

вводного наркоза и поддержания общей анестезии. Данный препарат обеспечивает быстрое пробуждение вследствие быстрого перераспределения и кратковременного полувыведения и минимальную частоту развития послеоперационных побочных эффектов [7]. Пропофол лишен обезболивающих свойств, поэтому, как правило, его комбинируют с опиоидными анальгетиками [8], в качестве которого использовался 0,005% раствор фентанила. Сочетанное действие этих препаратов позволяет провести необходимое анестезиологическое пособие. Для полной мышечной релаксации применялись миорелаксанты.

Всем больным в исследуемой группе для интубации трахеи использовалась однопросветная трубка «Portex» различных размеров, которая вводилась до уровня бифуркации трахеи, тем самым в

ИВЛ участвовали оба легких. Однако одной из особенностей анестезиологического пособия при операциях на легких являются возможные сложности обеспечения вентиляции, связанные со значительным количеством выделяемой мокроты, слизи и крови в дыхательные пути и необходимостью в однолегочной вентиляции во время наркоза [9:327]. Поскольку буллезная болезнь легких является абсолютным показанием для использования однолегочной вентиляции [9:328], рекомендуется использовать двухпросветные трубки для интубации трахеи или же использование однопросветной интубационной трубки с тупым концом для введения в правый главный бронх [9:330], тем самым «выключая» оперируемое легкое.

В среднем время проведения торакотомии у пациентов с буллезной болезнью легких, осложненной спонтанным пневмотораксом составило 2 ч 23 мин. При этом интраоперационные осложнения не возникали.

Литература

1. Вачев, А.Н. Оптимизация хирургической тактики при лечении больных со спонтанным пневмотораксом / А.Н. Вачев, Э.Э. Адыширин-Заде, Е.В. Фролова // *Хирургия*. - 2013. - №6. - С. 26-28.

2. Кобелевская, Н.В. Неспецифический спонтанный пневмоторакс: клиника, диагностика, лечение: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.27 / Кобелевская Н.В.; Российская Медицинская академия последипломного образования. - М., 2002. - 23 с.

3. Михеев, А.В. Аспекты хирургического лечения пациентов с спонтанным пневмо-

После проведенной торакотомии вся группа исследуемых больных находилась в отделении реанимации в среднем 1-2 суток. В послеоперационном периоде больные отмечали головокружение и головные боли, но при выписке из стационара данные жалобы отсутствовали. За исследуемый период летальные исходы среди больных с буллезной болезнью легких, осложненной спонтанным пневмотораксом не наблюдались.

Выводы:

1. Использование пропофола в качестве препарата для вводного наркоза и поддержания общей анестезии позволило снизить риск развития отдаленных реакций и осложнений у больных с диагнозом буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом.

2. Использование однолегочной вентиляции уменьшает вероятность развития интра- и послеоперационных осложнений у больных с диагнозом буллезная болезнь легких, осложненная спонтанным пневмотораксом.

тораксом / А.В. Михеев, М.А. Баскевич // *Наука молодых - Eruditio Juvenium*. - 2013. - № 4. - 133 с.

4. Максимова, С.М. Буллезная эмфизема легких, осложненная спонтанным пневмотораксом. Случай из практики / С.М. Максимова, И.Г. Самойленко, Э.В. Бухтияров // *Здоровье ребенка*. - 2013. - № 7. - 6 с.

5. Жынжыров, Б.К. Особенности клиники, диагностики и методов лечения буллезной болезни легких, осложненной спонтанным пневмотораксом : дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук.:14.01.17 / Жынжыров Б.К.; Кыргызско-Российский Славянский Университет. - Бишкек, 2012.-110 с.

6. Атабеков, К.К. Особенности современного состояния атмосферного воздуха г. Бишкек // Известия ТулГУ. Технические науки. -2015. №7. – С. 5.

7. Уайт, П.Ф. Амбулаторная анестезия: новые препараты и методы./ П.Ф. Уайт // Освежающий курс лекций / Под ред. проф. Э.В. Недашковского ; пер. с англ. – Архангельск, 2003. №8. – С. 162-173.

8. Машиковский, М.Д. Лекарственные средства / М.Д. Машиковский.-16-е изд., перераб., испр. и доп.- М.:Новая волна, 2012.-26 с.

9. Руководство по анестезиологии: под ред. Ф.С. Глумчера, А.И. Трещинского / [М.М. Багиров, М.В. Бондарь, А.Ф.Бубало и др.]– Киев: Медицина, 2008.- 607 с. - С.327; С. 328; С. 330.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Абдыкапар уулу Т., А.Т. Бакасов, Ж.И. Кудайбердиева, Т.С. Калыков
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра нейрохирургии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: keneshbek@web.de

Проведено ретроспективное исследование факторов риска развития неблагоприятного исхода в группах пострадавших с черепно-мозговой травмой. В исследуемых группах оценивали влияние на исход следующих факторов: механизма получения травмы, наличия сочетанных внечерепных повреждений, артериальной гипотензии, угнетения уровня бодрствования перед операцией, данных компьютерной томографии, уровня внутричерепного давления и развития осложнений в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: возраст больных, черепно-мозговая травма, фактор риска.

БАШ МЭЭНИН ООР ЖАРАКАТЫНДАГЫ ЖАГЫМСЫЗ АКЫБЕТИНИН ТОБОКЕЛ ФАКТОРЛОРУ

Абдыкапар уулу Т., А.Т. Бакасов, Ж.И. Кудайбердиева, Т.С. Калыков
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
нейрохирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Баш мээ жаракатынан жабыркаган бейтаптардын тайпаларында жагымсыз акыбеттин тобокел факторлорун изилдөө боюнча ретроспективдүү иш жүргүзүлгөн. Изилденген тайпаларда акыбетке таасири бар факторлор каралган: жаракат алуунун механизми, айкалышкан баш мээден сырткаркы жаракаттардын бар экендиги, артериалдык гипотензия, ац-сезимдин операцияга чейинки децгээли, компьютердик томографиянын маалыматы, баш сөөк ичиндеги басымдын децгээли жана операциядан кийинки мезгилдеги татаалдашуулар.

Негизги сөздөр: бейтаптын курагы, баш мээ жаракаты, тобокел фактор.

UNFAVOURABLE OUTCOME RISK FACTORS IN SEVERE SKULL BRAIN INJURY

Abdykappar uulu T., A.T. Bakasov, J.I. Kudayberdieva, T.S. Kalykov

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

Dpt. of Neurosurgery

Bishkek, Kyrgyz Republic

We conducted prospective trial to study risk factors for unfavorable outcome in patient groups with head injury. We estimated the influence of following risk factors in both groups: trauma mechanism, presence of combined extracranial damages, arterial hypotension, depression of conscious level before operation, data of brain computer tomography (CT), intracranial pressure level and development of complications in postoperative period.

Key words: patient's age, skull brain injury, risk factor.

Актуальность проблемы

Пожилыми, согласно критериям ВОЗ, считаются люди старше 60 лет, старческого возраста - свыше 70 лет. В пожилом и старческом возрасте в головном мозге человека происходят инволюционные изменения, обуславливающие особенности патоморфологии, травматических реакций, клинических проявлений и течения черепно-мозговой травмы (ЧМТ) у пожилых и лиц старческого возраста [1, 10, 15-27]. С возрастом увеличивается количество сопутствующих заболеваний, что неблагоприятно сказывается на исходах ЧМТ. Актуальность проблемы ЧМТ у лиц пожилого и старческого возраста обусловлена увеличением числа граждан старшей возрастной группы, а также своеобразием течения ЧМТ у таких пострадавших [2, 10]. Разработка прогностических критериев при хирургическом лечении пожилых пациентов необходима для определения объема хирургического вмешательства, своевременного предупреждения осложнений и оценки исхода лечения. У пожилых пациентов важное значение имеют,

как определение факторов риска, так и оценка степени влияния каждого из них на исход лечения [1-27].

Целью исследования явилось определение прогностической значимости факторов риска при ЧМТ.

Материалы и методы

Работа основана на ретроспективном анализе результатов клинко-инструментального исследования и хирургического лечения 1557 пациентов с острой ЧМТ, находившихся на лечении в клинике нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики за 5 лет. Из исследования были исключены пациенты с хроническими внутрочерепными гематомами. В основную группу вошли 252 пациента в возрасте 60 лет и старше, которые составили 16,2% от всех оперированных больных. Женщин было 52 (20,6%), мужчин - 200 (79,4%). Медиана возраста - 67 [63; 72] лет. Больные от 18 до 59 лет составили контрольную группу (1305 пострадавших - 83,8%), 185 женщин (14,2%) и 1120 мужчин (85,8%), медиана возраста - 36 [27; 47] лет.

Всем пациентам проводили динамическое клинико-неврологическое исследование. Уровень бодрствования пострадавших оценивали по шкале комы Глазго (ШКГ). Основным методом нейровизуализации была компьютерная томография (КТ) (и/или магнитно-резонансная томография — МРТ) головного мозга. Клиническую оценку дислокационного синдрома проводили с применением классификации F. Plum и J.B. Posner (1986). Степень аксиальной дислокации оценивали на основании выраженности компрессии базальных цистерн (по С.Б. Вавилову и соавт., 1986 г.), тяжесть состояния больных с внечерепными повреждениями определяли согласно классификации Injury Severity Score (ISS). Исход хирургического лечения у пострадавших с тяжелой ЧМТ оценивали по шкале исходов Глазго (ШИГ).

Костно-пластическую трепанацию черепа (КПТЧ) выполнили у 135 из 252 больных основной группы (53,6%) и у 652 из 1305 пациентов контрольной группы (50%). Декомпрессионная трепанация черепа (ДТЧ) была выполнена у 89 пострадавших старшей возрастной группы (35,3%) и у 504 больных молодого и среднего возраста (38,6%).

Результаты и их обсуждение

Механизм травмы. Выявлена зависимость между возрастом и механизмом получения ЧМТ. Пожилые пациенты чаще получали травму при падении с высоты роста - 87 человек (34,5%) - преимущественно в зимне-весенний период (среди пострадавших молодого возраста такой механизм травмы был у 204 больных - 15,6%). У молодых пациентов наиболее часто отмечали криминальную

травму (удар по голове), преимущественно в летний период - 359 пациентов (27,5%) (в основной группе подобный механизм был у 23 пострадавших - 9,1%). Дорожно-транспортные происшествия (ДТП) были причиной травмы в обеих группах с одинаковой частотой: в основной группе у 34 (13,5%) пострадавших, в контрольной группе - у 219 (16,8%). У 99 больных (39,3%) старшей возрастной группы и у 406 пациентов (31,1%) контрольной группы механизм получения травмы остался неизвестным.

Вид повреждения. У пожилых пациентов достоверно чаще встречались субдуральные кровоизлияния: острые субдуральные гематомы (ОСДГ) - у 91 (36,1%), подострые субдуральные гематомы (ПСДГ) у 43 (17,1%). В группе молодых пациентов ОСДГ были у 346 (26,5%), ПСДГ - у 132 (10,1%). Эпидуральные гематомы у пожилых пострадавших встречались значительно реже - у 8 (3,2%) больных в основной группе, тогда как в контрольной группе они были у 213 (16,3%) пациентов. Более часто в основной группе были множественные внутрочерепные повреждения (мЧМТ) - у 64 (25,4%) пациентов, в контрольной - у 239 (18,3%) пострадавших. Внутримозговые гематомы (ВМГ) были у 32 (12,7%) и у 140 (10,7%) пациентов соответственно ($p < 0,05$).

Множественные повреждения мозга (сочетания ОСДГ и ВМГ или субдуральной гематомы и очага ушиба) преимущественно диагностировали в основной группе - у 55 пострадавших (70,3%), тогда как в контрольной группе - у 162 (50,9%) пациентов. Гематомы, расположенные в обоих полушариях головного мозга, обнаружены у 9% больных основ-

ной группы и у 5% пострадавших молодого возраста. Вероятно, отмеченные различия в структуре внутричерепных повреждений (высокая частота образования субдуральных и малое количество эпидуральных гематом) были обусловлены анатомо-физиологическими особенностями мозга и его оболочек у пожилых пациентов (кальцификацией твердой мозговой оболочки, сращением её с костями черепа, атрофией головного мозга и уменьшением его объема, а также изменениями вязко-эластических свойств мозга) [8, 12].

Сочетанная травма. Сочетанная ЧМТ несколько чаще встречалась у молодых пациентов - у 290 (22,2%) больных, а в основной группе - у 43 (17,1%) пациентов. У пострадавших пожилого возраста среди сочетанных внечерепных повреждений преобладали переломы конечностей и неосложненные переломы ребер. В контрольной группе, где основными механизмами травмы являлись ДТП и криминальная травма, чаще были переломы трубчатых костей скелета, множественные и осложненные переломы ребер.

Тяжесть состояния пострадавших с сочетанной ЧМТ по шкале ISS в основной группе составила от 29 до 68 баллов (в среднем $32 \pm 7,3$ балла), в контрольной - от 33 до 86 баллов (в среднем - $38,6 \pm 8,4$ балла). При наличии сочетанных внечерепных повреждений исходы хирургического лечения среди пострадавших пожилого возраста были хуже, чем в контрольной группе. Послеоперационная летальность среди пациентов с сочетанной ЧМТ в основной группе составила 58,1%, в контрольной - 42,7%. При тяжести сочетанной травмы более 50 баллов

по шкале ISS послеоперационная летальность в основной группе превышала 80%, тогда как в контрольной составила 60%.

Уровень бодрствования. Значительные различия были отмечены в структуре нарушений степени бодрствования у молодых и пожилых пациентов. Среди госпитализированных пациентов уровень бодрствования не был нарушен (ШКГ 14 баллов) у 23,4% больных пожилого и у 21% пациентов молодого возраста. Угнетение уровня бодрствования до оглушения (13-14 баллов по ШКГ) отмечено у 33,8% больных пожилого возраста и у 27,5% молодых пациентов. Угнетение уровня бодрствования до комы зарегистрировано у 27,4% больных пожилого возраста и у 38,1% молодых больных.

Как фактор, ухудшающий исход хирургического лечения, степень бодрствования пациентов была более значима для пожилых больных. В группе более молодых пациентов выявлена сильная зависимость между степенью угнетения бодрствования перед операцией и исходом хирургического лечения ($R = -0,74$; $p < 0,05$). Медиана степени бодрствования по ШКГ при хорошем исходе хирургического лечения соответствовала 14 баллам, при умеренной инвалидизации - 12 баллам, глубокой инвалидизации - 9 баллам, вегетативного состояния и летального исхода - 6 баллам. Среди пожилых пациентов взаимосвязь признаков была меньше выражена ($R = 0,62$; $p < 0,05$). Хороший и удовлетворительный исход был возможен только при снижении степени бодрствования не глубже оглушения, что соответствует 13 баллам по ШКГ. Медиана снижения степени бодрствования

при летальном исходе была значительно больше и составила 8 баллов по ШКГ.

Нарушения функции глазодвигательного нерва. Нарушения функций глазодвигательного нерва являются одним из наиболее важных и частых клинических симптомов дислокационного синдрома - смещения мозга в вырезку мозжечкового намета. Анизокория с сохраненными или нарушенными реакциями на свет отмечена многими авторами как высокозначимый прогностический признак исхода ЧМТ [11,13-15]. Расширение зрачка возникает вследствие компрессии глазодвигательного нерва крючком гиппокампа, вклинивающимся под мозжечковый намет. Анизокория и нарушения функций глазодвигательного нерва встречались одинаково часто в обеих группах. При наличии анизокории послеоперационная летальность у пожилых пострадавших была 79,7%, в контрольной группе - 66,5%. При нарушениях фотореакций среди пациентов старшего возраста послеоперационная летальность достигала 90%, тогда как у молодых пострадавших - 75%.

Артериальная гипотензия. Обнаружена взаимосвязь между наличием эпизодов нестабильной гемодинамики и возрастом пострадавших. Артериальную гипотензию (снижение систолического АД менее 100 мм рт. ст.) в нашем исследовании наблюдали у 56 (23,6%) пациентов основной группы пострадавших и у 218 (16,1%) больных контрольной группы. У пострадавших более старшего возраста эпизоды артериальной гипотензии регистрировали достоверно чаще ($p < 0,05$, $R = 0,42$). Возраст большинства пациентов с артериальной гипотензией превышал 50 лет. Возрастной фактор

достоверно влиял на исход хирургического лечения ЧМТ, осложненной развитием артериальной гипотензии. Летальность среди больных с артериальной гипотензией в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной — 92,1 и 73,5% соответственно.

Данные КТ головного мозга. Прогностическая ценность таких данных КТ головного мозга, как объем внутримозгового очага повреждения головного мозга, величина поперечной дислокации, степень компрессии базальных цистерн отмечена многими авторами [4, 7, 11, 13-15]. У пожилых пациентов объем всех видов внутримозговых кровоизлияний на 10-20% превышал объем кровоизлияний у молодых пациентов. Так, средний объем острых субдуральных гематом в основной группе был 100 ± 20 см³, ПСДГ - $97,5 \pm 10$ см³, ЭДГ - 85 ± 30 см³, ВМГ - 60 ± 25 см³, множественной ЧМТ - 100 ± 25 см³. В контрольной группе средний объем ОСДГ составлял 85 ± 25 см³, ПСДГ - 80 ± 20 см³, ЭДГ - 60 ± 20 см³, ВМГ - 45 ± 15 см³, множественной ЧМТ - 80 ± 25 см³.

Объем внутримозговой гематомы, как фактор неблагоприятного исхода хирургического лечения, был одинаков для обеих групп пациентов - медиана объема гематомы для хорошего исхода составила 50 см³, летального исхода - 80 см³.

Смещение срединных структур при одинаковом объеме гематомы было меньше у пациентов основной группы. Так, смещение срединных структур при объеме субдуральной гематомы от 90 до 100 см³ у пожилых пациентов равнялось 8 мм, тогда как у молодых - 12 мм. Смещение срединных структур, по данным КТ головного мозга, являлось значимым

фактором риска исхода хирургического лечения пациентов с ЧМТ. В группе молодых пациентов нами была выявлена достоверная зависимость исхода хирургического лечения от величины латеральной дислокации ($R=0,45$; $p<0,05$). Медиана хорошего исхода составила 6 мм, удовлетворительного - 7 мм, летального - 12 мм. Среди пожилых пациентов достоверной взаимосвязи между величиной смещения срединных структур и исходом не было выявлено. Медиана хорошего и удовлетворительного исхода была 6 мм, летального исхода - 7 мм.

Одним из высокозначимых прогностических факторов исхода хирургического лечения у пациентов с ЧМТ была степень компрессии базальных цистерн по данным КТ. В группе пожилых пациентов указанный фактор играл гораздо большую роль в развитии неблагоприятного исхода, чем у молодых. Умерли все пожилые пациенты с грубой степенью компрессии базальных цистерн (по С.Б. Вавилову и соавт., 1986 г.), тогда как среди молодых пациентов летальность при данном виде компрессии составила от 75% при множественных очагах повреждения до 83,3% при эпидуральных гематомах. Следует отметить, что у пожилых пациентов крайне неблагоприятным прогностическим фактором была компрессия базальных цистерн при множественных гематомах. Послеоперационная летальность при выраженной степени компрессии цистерн была 96%, при грубой - 97%. У более молодых пациентов летальность составила 42 и 68% соответственно

Причинами интраоперационного вспучивания головного мозга с пролабированием в трепанационный дефект при

ЧМТ является повышенное ВЧД вследствие отека мозга или в результате реперфузии (синдром избыточной перфузии) при декомпрессии и удалении супратенториальных очагов повреждения [4, 6, 19]. Вспучивание мозга во время операции достоверно чаще отмечалось у молодых пациентов - у 22 (8,3%) больных основной группы и у 210 (16,1%) пострадавших молодого возраста (критерий Манна-Уитни, $p=0,008$, $n=150$). При развитии интраоперационного отека исходы хирургического лечения у пожилых пострадавших были значительно хуже, послеоперационная летальность достигала - 93,5%, у молодых пациентов - 74,3% (критерий Манна-Уитни, $p=0,007$, $n=150$).

Послеоперационные осложнения. Значимым фактором риска неблагоприятного исхода тяжелой ЧМТ являются послеоперационные осложнения. Развитие пневмонии у пострадавших с тяжелой ЧМТ ведет к нарушению функции внешнего дыхания и к возникновению вторичного ишемического повреждения головного мозга [3, 5, 6, 9, 11, 13, 15].

По данным нашего исследования, пневмония развилась у 71 (28,2%) пострадавшего пожилого и старческого возраста и у 271 (20,8%) больного молодого возраста. Инфекционные осложнения в виде менингита и менингоэнцефалита наблюдали с одинаковой частотой в основной и контрольной группах - 9,1 и 8,1% пациентов соответственно. Однако развитие инфекционных осложнений значительно ухудшало прогноз исхода хирургического лечения у пожилых пациентов. Послеоперационная летальность среди пострадавших с пневмонией в основной группе достигала 78%, у мо-

лодых пострадавших - 61,8%, при развитии менингита - 73,9 и 55,7% соответственно.

Другим грозным осложнением с высоким риском смертельного исхода является тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Факторами риска возникновения ТЭЛА у нейрохирургических больных являются: преклонный возраст, длительный постельный режим, наличие тромбоэмболических заболеваний в анамнезе. Тромбоэмболия легочной артерии была причиной смерти у пациентов основной группы в 3,2% наблюдений, у больных контрольной группы - в 0,6% наблюдений.

Заключение. Преимущественным механизмом получения ЧМТ у пожилых пациентов является падение с высоты роста, чаще в зимне-весенний период.

Литература

1. Дюсембеков, Е.К. Клинические ошибки при диагностике черепно-мозговой травмы Дюсембеков Е.К., Халимов А.Р., Курмаев И.Т. // Сборник материалов I научно-практической конференции «Судебно-медицинские аспекты врачебных ошибок хирургического профиля». – Алматы. – 2010. – С.67-72.

2. Звонков, Н.А. Анализ исходов острой черепно-мозговой травмы / Н.А. Звонков, Л.Б. Лихтерман, Г.В. Токмаков // Сов. мед. - 1989. - № 11. - С. 133-137.

3. Ибраимова, А.А. Роль офтальмологического исследования в диагностике тяжелой черепно-мозговой травмы / А.А. Ибраимова, К.Б. Ырысов // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2012. – С.102-104.

Возраст пострадавших 60 лет и старше является значимым фактором риска развития неблагоприятного исхода при тяжелой ЧМТ. Наиболее часто у пожилых пациентов с тяжелой ЧМТ встречаются субдуральные гематомы и множественные повреждения мозга, а также двусторонние гематомы. Эпидуральные гематомы у пожилых больных наблюдаются редко. Уровень ВЧД у пожилых пациентов достоверно ниже даже при большом объеме гематом. На исход хирургического лечения в группе пожилых пациентов с тяжелой ЧМТ влияют следующие факторы: уровень бодрствования, степень компрессии базальных цистерн, нарушения зрачковых реакций, уровень ВЧД и артериальная гипотензия.

4. Крылов, В.В. Внутрочерепное давление при повреждениях головного мозга / В.В. Крылов, А.Э. Талыпов, Ю.В. Пурас // Нейрохирургия. - 2007. - № 4. - С. 12-19.

5. Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. - М.: Медицина, 2000. - 568 с.

6. Мамытов, М.М. Современные аспекты хирургического лечения острого дислокационного синдрома у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой / М.М. Мамытов, Р.М. Кадыров // Молодой ученый. - 2015. - №21. - С.282-286.

7. Мамытов, М.М. Факторы дифференцированного подхода в лечении тяжелых очаговых повреждений головного мозга / М.М. Мамытов, К.Б. Ырысов, Э.М. Мамытова // Лікарська справа. - 2012. - № 6. - С. 68-73.

8. Педаченко, Е.Г. Факторы прогноза развития внутричерепной гипертензии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы / Е.Г. Педаченко, Л.А. Дзяк, А.Г. Сірко // Укр. нейрохір. журнал. – 2011. - № 3. – С. 26 – 31.
9. Педаченко, Е.Г. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи / Е.Г. Педаченко, И.П. Шлопак, А.П. Гук. – Киев: ЗАО «Віпол», 2009. – 216 с.
10. Политравма: хирургия, травматология, анестезиология, интенсивная терапия: учебн. издание / под ред. Ф.С. Глумчера, П.Д. Фомина, Е.Г. Педаченко и др. – К.: ВСИ «Медицина», 2012. – 736 с.
11. Доказательная нейротравматология / А.А. Потапов, Л.Б. Лихтерман, В.Л. Зельман. - М.: Антидор, 2003. - 517 с.
12. Пурас, Ю.В. Летальность у пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой / Ю.В. Пурас, А.Э. Талыпов, В.В. Крылов // Нейрохирургия. - 2010. - №1. - С. 31-39.
13. Ыдырысов, И.Т. Диагностика и лечение сочетанных травм: клиническое руководство / И.Т. Ыдырысов, К.Б. Ырысов. – Б., 2017. – 92 с.
14. Ырысов, К.Б. Результаты эндоскопической трансназальной трансфеноидальной хирургии при аденоме гипофиза // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2018. - №11. – С. 66-71.
15. Ырысов, К.Б. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме / К.Б. Ырысов, К.А. Азимбаев, Б.К. Ырысов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2016. - №7. – С. 64-70.
16. Ырысов, К.Б. Изменения глазного дна при опухолях головного мозга супратенториальной локализации / К.Б. Ырысов, М.А. Медведев, Н.А. Имакеев // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2014. - №2. – С.119-122.
17. Ырысов, К.Б. Результаты лечения больных с травматическим сдавлением головного мозга / К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, Ж.Б. Бошкоев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2018. – №2. – С.81-89.
18. Ырысов, К.Б. Результаты клинико-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга / К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, И.Т. Ыдырысов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2018. – №2. – С.75-81.
19. Ырысов, К.Б. Способ хирургического лечения внутричерепных травматических гематом / К.Б. Ырысов, Ж.Т. Ташибеков, И.Т. Ыдырысов // Патент на изобретение №1974. – А61В 17/00 (2017.01). – KG 1974 C1 30.08.2017. - Интеллектуальная собственность, 2017. - №8 (220). – С.6-7.
20. The outcome from acute subdural and epidural intracranial haematomas in very elderly patients / B. Cagetti, M. Cossu, A. Pau // J. Neurosurg. - 2012. - Vol. 6 №3. - P. 227- 231.
21. Comparative results of acute intracranial haematomas management according to clinical data / [E. Dussembekov, A. Halimov, I. Kurmayev et al.]// International conference «ICRAN-2010». Neurotrauma: basic and applied aspects. - St. Petersburg, 2010. - P. 89.

-
22. *Estimated costs for treatment and prophylaxis of newborn vitamin K deficiency bleeding in Tashkent, Uzbekistan* / [D. Tursunov et al.] // *Nagoya Journal of Medical Sciences*. – 2018. – V 80. – P.11-20.
23. *Jennett, B. Prognosis of patients with severe head injury* / B. Jennett, G. Teasdale, R. Braakman // *Neurosurgery*. - 2009. - Vol. 4. - P. 283-289.
24. *Rupprecht, H. Prognostische Risikofaktoren bei schadelhirnverletzten polytraumatisierten Kindern und Jugendlichen* / H. Rupprecht, A. Mechlin, D. Ditterich // *Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Kongr.* - 2012. - Bd. 119. - S. 683-688.
25. *Yrysov, K. The effectiveness of additional methods of decompression in patients with supratentorial dislocation of the brain* / K. Yrysov, M. Mamytov, R. Kadyrov // *Journal of Advance Research in Medical & Health Science*. - 2018. – Vol. 4(9). – P.94-99.
26. *Multiple ruptured cerebral aneurysms at the National Hospital of the Kyrgyz Republic between 2008 and 2014: a departmental summary* / [Yrysov K. et al.] // *Nagoya J. Med. Sci.* – 2019. - 81. – P. 511–518.
27. *Yrysov, K. Analysis of mortality cases from concomitant injuries: extracranial injuries combined with craniocerebral injuries* / K. Yrysov, I. Ydyrysov, K. Kalyev // *European Journal of Biomedical and Life Sciences*. - 2018. – N3. - P. 13-17.

**ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫЕ И ЗРИТЕЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ ГИПЕРТЕНЗИОННО-ГИДРОЦЕФАЛЬНОМ СИНДРОМЕ,
ОБУСЛОВЛЕННОМ ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ
ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ**

Б.А. Бекназарова

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

Представлен анализ нейроофтальмологической симптоматики у 110 больных с объемными образованиями задней черепной ямки, оперированных в клинике нейрохирургии. Возраст пациентов колебался от 16 до 73 лет, медиана составила 36 года. Всем пациентам проводилось неврологическое обследование, МРТ головного мозга до операции, МРТ/КТ головного мозга после операции.

Ключевые слова: Опухоли головного мозга, нейроофтальмологические симптомы, застой дисков зрительных нервов.

**АРТКЫ БАШ СӨӨК ЧУЦКУРУНДА ЖАЙГАШКАН КӨЛӨМДҮК
ТҮЗҮЛҮШТӨРДӨН КЕЛИП ЧЫККАН ГИПЕРТЕНЗИОНДУК-
ГИДРОЦЕФАЛДЫК СИНДРОМДУН НАТЫЙЖАСЫНДА КӨЗ КЫЙМЫЛ
ЖАНА КӨРҮҮ БУЗУЛУУЛАРЫ**

Б.А. Бекназарова

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

Баш мээ көлөмдүк түзүлүштөрүнөн жапа чеккен жана нейрохирургия клиникасында операцияга кабылган 110 бейтаптын нейроофтальмологиялык изилдөөдө аныкталган жыйынтыктары чагылдырылган. Бейтаптардын курагы 16 жаштан 73 жашка чейин, медиана 36 жашты түздү. Бардык бейтаптарга неврологиялык изилдөө, операцияга чейин жана кийин баш мээ МРТ изилдөөлөрү жүргүзүлгөн.

Негизги сөздөр: Баш мээ шишиктери, нейроофтальмологиялык симптомдор, көз нервинин дискинин өзгөрүүлөрү.

OCULOMOTOR AND VISUAL IMPAIRMENTS IN HYPERTENSIONAL-HYDROCEPHALIC SYNDROME CAUSED BY VOLUMS FORMATIONS IN POSTERIOR FOSSA

B.A. Beknazarova

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

This work based on the analysis of neuroophthalmological symptoms in 110 patients with volumes formations underwent neurosurgical tumor excision at Neurosurgical Clinic has been done. Patient's age varied from 16 years to 73 years old, medium age was 36 years. All patients examined using neurological, MRI/CT investigations before and after surgery.

Key words: Brain tumors, neuroophthalmological symptoms, papilledema.

Введение. Развитие за последние десятилетия современных методов нейровизуализации, микрохирургической техники позволило расширить показания к хирургическому лечению объемных образований головного мозга. Однако исследования динамики глазодвигательной функции после хирургического лечения у пациентов с этой патологией очень немногочисленны и носят, как правило, описательный характер [1-6].

Нейроофтальмологическая симптоматика является одной из ведущих в клинике объемных образований головного мозга, проявляющаяся глазодвигательными и зрачковыми нарушениями и признаками внутричерепной гипертензии на глазном дне. Исходя из этого, показания к хирургическому лечению объемных образований головного мозга и его результаты должны оцениваться с учетом динамики нейроофтальмологических симптомов в послеоперационном периоде [7-10]. В современной литературе отсутствуют данные об инструментальном исследовании степени выраженности глазодвигательных нарушений и их ди-

намики после операций удаления объемных образований головного мозга [11-14].

Цель настоящей работы: выявление закономерностей развития нейроофтальмологической симптоматики в до- и послеоперационном периоде и совершенствование методов оценки глазодвигательной функции у пациентов с объемными образованиями задней черепной ямки.

Материал и методы

Представлен анализ нейроофтальмологической симптоматики у 110 больных с объемными образованиями задней черепной ямки, оперированных в клинике нейрохирургии. Возраст пациентов колебался от 16 до 73 лет, медиана составила 36 года. Всем пациентам проводилось неврологическое обследование, МРТ головного мозга до операции, МРТ/КТ головного мозга после операции.

Результаты и обсуждение

У 110 пациентов с застойными дисками зрительных нервов (ЗДЗН) были выделены следующие их стадии: началь-

ные, умеренно выраженные, выраженные ЗДЗН, стадия обратного развития ЗДЗН и офтальмоскопическая картина вторичной постзастойной атрофии ДЗН. У большинства больных (74 пациента – 67,3%), ЗДЗН были одинаково выражены на обоих глазах, хотя встречались асимметричные ЗДЗН (9 пациента - 8,2%) и односторонние ЗДЗН (6 пациентов – 5,5%). Наиболее часто односторонние ЗДЗН были в начальной стадии развития.

Каждая из выделенных по офтальмоскопической картине стадий ЗДЗН имела свои особенности. Начальная стадия ЗДЗН (46 глаз) характеризовалась умеренной гиперемией диска, нечеткостью его рисунка, пастозностью и небольшим отеком границ, в основном носовой, верхней и нижней, отсутствием спонтанного венного пульса, расширением и полнокровием вен сетчатки. При умеренно выраженном ЗДЗН (30 глаз) гиперемия и отек диска были более явными, диск проминировал в стекловидное тело, все его границы были ступенчатыми, отмечался умеренный отек перипапиллярной сетчатки. При выраженном ЗДЗН (34 глаз) отек и проминенция диска в стекловидное тело были резко выраженными, отек распространялся на перипапиллярную сетчатку и иногда доходил до ее центральной области, часто на диске и перипапиллярно появлялись микроаневризмы, кровоизлияния, белые ватобразные очаги.

В случае нормализации внутричерепного давления ЗДЗН претерпевал обратное развитие. Отек ДЗН уменьшался, регрессировала проминенция его в стекловидное тело. Вначале височная, а затем и носовая граница ДЗН становились

более четкими. Имевшие место кровоизлияния в сетчатку постепенно рассасывались. Офтальмоскопическая картина вторичной атрофии ДЗН характеризовалась побледнением ДЗН, нечеткостью его рисунка и границ, уменьшением, а затем и полным исчезновением отека, сужением артерий сетчатки при сохраняющемся умеренном полнокровии ее вен.

Данная стадия выявлялась как при первичном обращении пациента, так и могла развиваться при динамическом наблюдении за больным с внутричерепной гипертензией. Как правило, переход во вторичную атрофию наблюдался у пациентов с выраженными ЗДЗН, реже с умеренно выраженными ЗДЗН. Так, при динамическом наблюдении вторичная атрофия развилась у 5 пациентов (10 глаз). Из них у 4 пациентов изначально были выраженные ЗДЗН на двух глазах, у 1 выраженный ЗДЗН на одном глазу и вторичная атрофия на другом и лишь у одного пациента изначально были умеренные ЗДЗН на двух глазах.

Среди наших пациентов наиболее часто встречались выраженные ЗДЗН. Как было отмечено ранее, офтальмоскопическая картина ЗДЗН в ряде случаев сопровождалась наличием кровоизлияний, располагающихся на ДЗН, перипапиллярно, по ходу сосудов, в центральной области сетчатки.

На нашем материале кровоизлияния на глазном дне выявлялись у 31 (28,2%) пациентов из 110. Мы поставили перед собой задачу определить, какие факторы влияют на наличие кровоизлияний при ЗДЗН. Наиболее часто кровоизлияния встречаются при выраженных ЗДЗН

(50,5%). Различия в частоте кровоизлияний при начальных, умеренных и выраженных ЗДЗН достоверны ($p < 0,05$). Кровоизлияния редко встречаются у детей. С возрастом частота их увеличивается. Статистический анализ частоты кровоизлияний на глазном дне в зависимости от возраста пациента будет приведен в главе, посвященной клинической картине ЗДЗН у пациентов различных нозологических групп. У ряда пациентов с ЗДЗН выявлялись патологические изменения в центральной области сетчатки в виде отека, кровоизлияний и/или дистрофических очагов.

На нашем материале подобные изменения в центральной области сетчатки встречались у 15 (13,6%) пациентов с ЗДЗН. Преимущественно они наблюдались в стадии выраженного отека ($p < 0,05$) (рис. 26). В этой стадии в центральной области сетчатки чаще отмечались отек и кровоизлияния. В стадии вторичной атрофии в центральной области сетчатки, как правило, выявлялись дистрофические очаги.

Динамика офтальмоскопической картины у пациентов с ЗДЗН имела свои особенности в зависимости от характера нейрохирургической патологии и методов лечения.

Зрительные функции у пациентов с ЗДЗН. Тяжелое общее состояние, выраженная неврологическая симптоматика и психические нарушения не всегда позволяют достоверно проверить зрительные функции у пациентов с нейрохирургической патологией. Вышесказанное касается как определения остроты зрения, так и еще в большей степени, полей зрения. Из 110 больных с ЗДЗН, остроту зрения до-

стоверно удалось исследовать 94 больным. У 67 пациентов острота зрения на оба глаза была равна 1,0; у 2 пациентов острота зрения равнялась 1,0 на единственном глазу; у 4 пациентов острота зрения была снижена на один или оба глаза за счет причин, не связанных с ЗДЗН (катаракта, аномалия рефракции и др.). Снижение остроты зрения, обусловленное наличием ЗДЗН, было выявлено нами у 36 пациентов, что составило 38,3% от достоверно обследованных больных.

У 13 (13,8%) больных острота зрения на оба глаза равнялась десятым, у 4 (4,3%) слепым или практически слепым был один глаз, при том или ином снижении остроты зрения и на другом глазу, 5 (5,3%) пациента были слепыми или практически слепыми на оба глаза.

Достоверно исследовать поле зрения удалось у 82 пациентов. Изменения в поле зрения, обусловленные наличием ЗДЗН, выявлены у 47 пациентов, что составило 57,3% от достоверно обследованных больных. Обращает на себя внимание то, что дефекты в поле зрения встречались почти в два раза чаще, чем снижение остроты зрения.

Типичными нарушениями в поле зрения для пациентов с ЗДЗН были расширение слепого пятна (21 больной - 25,6%), сужение в носовой половине (7 больных - 8,5%) или концентрическое сужение (9 больных - 10,9%), выраженное сужение поля зрения с нарушением центрального зрения и сохранением небольшого участка в височной половине (3 больных - 3,7%) или сочетание указанных нарушений поля зрения (6 больных - 7,3%).

Наиболее часто встречались минимальные изменения в поле зрения, проявляющиеся только расширением слепого пятна на один или оба глаза.

Частота и степень выраженности зрительных нарушений зависели от стадии ЗДЗН.

Так при исследовании остроты зрения пациентов с начальными ЗДЗН острота зрения была равна 1,0 на 99,6% глаз, при умеренно выраженных ЗДЗН на 11,4% глаз острота зрения была снижена до десятых, при выраженных ЗДЗН на 36,7% глаз острота зрения была снижена до десятых, а 4,1% глаз были слепые или практически слепые. При офтальмоскопической картине вторичной атрофии практически слепыми или слепыми были 74,7% глаз.

При исследовании поля зрения изменения в виде концентрического сужения, сужения в носовой половине у пациентов с начальными ЗДЗН встречались у 7% глаз. При умеренно выраженных ЗДЗН - на 14,8% глаз выявлялись дефекты поля зрения в виде концентрического сужения, сужения в носовой половине, изменения поля зрения по гомонимному типу с сужением в видящей половине поля зрения.

При выраженных ЗДЗН на 41,9% глаз выявлялись изменения в виде концентрического сужения, сужения в носовой половине, центральных скотом, выраженного сужения поля зрения с нарушением центрального зрения и сохранением узкого участка в височной его половине, изменения по гомонимному типу с сужением в видящей половине поля зрения.

При офтальмоскопической картине вторичной атрофии аналогичные дефекты поля зрения встречались на 93,6% глаз. Последовательность развития дефектов в поле зрения при переходе от стадии начальных ЗДЗН к умеренным, выраженным и затем вторичной атрофии была следующая: вначале отмечалось расширение слепого пятна, затем сужение в носовой половине поля зрения и концентрическое его сужение. Дальнейшее усугубление зрительных нарушений характеризовалось появлением грубых дефектов в поле зрения с сохранением его на узком участке в височной половине и нарушением центрального зрения.

Концентрическое сужение поля зрения с большим сужением в носовой половине свидетельствовало о преимущественном поражении волокон ЗН, идущих от периферических отделов сетчатки, в основном от височной ее половины. Из приведенных выше данных видно, что нарушения в поле зрения при ЗДЗН возникали почти в 2 раза чаще, чем снижение остроты зрения: у 56,4% и 29,4% больных соответственно. Начальные дефекты в поле зрения у пациентов с ЗДЗН, как правило, появлялись раньше снижения остроты зрения. При остроте зрения равной 1,0 почти на половине глаз (47%) выявлялись изменения в поле зрения характерные для ЗДЗН.

При снижении остроты зрения практически всегда выявлялись изменения в поле зрения. Дефекты в поле зрения были более грубыми при низкой остроте зрения и чаще всего проявлялись выраженным сужением или выпадением в

носовой половине поля зрения с нарушением центрального зрения.

Как было показано выше, у части пациентов с ЗДЗН выявлялись отек и/или дистрофические изменения в центральной области сетчатки. Мы попытались установить, насколько последние влияют на частоту зрительных нарушений. Для этого было проведено сравнение состояния зрительных функций у пациентов, имевших на глазном дне указанные выше изменения в центральной области сетчатки и не имевших таковых. Статистический анализ был проведен для стадии выраженных ЗДЗН, т.к. при других стадиях отек и/или изменения в центральной области сетчатки встречались значительно реже. Наше исследование показало, что наличие отека и/или дистрофических изменений в центральной области сетчатки вносит свою лепту в развитие зрительных нарушений у пациентов с ЗДЗН. При указанных изменениях в центральной области сетчатки достоверно чаще отмечается снижение остроты зрения. К сожалению, мы не смогли оценить статистическую достоверность различий частоты центральных дефектов в поле зрения в зависимости от наличия патологических изменений в центральной области сетчатки из-за небольшого числа пациентов с выявленными центральными скотомами. Возможно, часть больных из-за тяжелого общего состояния игнорировала данные дефекты в поле зрения.

Наличие отека, кровоизлияний и/или дистрофических изменений в центральной области сетчатки и острота зрения на глазах с выраженными ЗДЗН.

Поле зрения достоверно удалось исследовать в динамике у 65 пациентов. Оно сохранилось нормальным на оба глаза у 38 пациентов. У 27 пациентов изначально имелись нарушения в поле зрения, обусловленные наличием ЗДЗН. Из них уменьшение дефектов поля зрения одного или обоих глаз отмечено у 23 пациентов, усугубление у 25, без динамики дефекты поле зрения остались у 2 больных.

У 14 пациентов изначально имелись дефекты поля зрения по гомонимному типу, обусловленные поражением центрального нейрона зрительного пути. Из них у 11 пациентов дефекты поля зрения остались неизменными, у 3 гомонимные дефекты усугубились, у 1 регрессировали.

В целом нормальные зрительные функции сохранились у 33 (30,0%) пациента. Из пациентов, имевших снижение зрительных функций, обусловленное ЗДЗН, положительная динамика зрительных функций одного или обоих глаз отмечена у 22 (20,0%), у 40 (36,4%) зрительные функции остались без динамики, у 13 (11,8%) ухудшились. С точки зрения динамики зрительных функций прогностически неблагоприятным является наличие их нарушений при первичном осмотре ($p < 0,05$).

Мы проанализировали влияние исходной стадии ЗДЗН на динамику зрительных функций. Чаще всего острота зрения ухудшалась у пациентов с выраженными ЗДЗН. Низкие зрительные функции чаще всего оставались без динамики при офтальмоскопической картине вторичной атрофии ДЗН.

Итак, имеются определенные закономерности развития клинической картины ЗДЗН. При сохраняющейся ВЧГ ЗДЗН последовательно проходят стадии начального, умеренно выраженного, выраженного ЗДЗН и офтальмоскопической картины вторичной атрофии. При нормализации ВЧД ЗДЗН (за исключением стадии вторичной атрофии) претерпевает обратное развитие. Чаще всего (82%) ЗДЗН бывают одинаково выражены на обоих глазах, хотя встречаются асимметричные (9,2%) и односторонние ЗДЗН (8%).

У большинства наших пациентов односторонний ЗДЗН был в начальной стадии развития, что позволяет предположить, что на другом глазу ЗДЗН «не успел» развиваться.

Почти у 1/3 наших пациентов офтальмоскопическая картина ЗДЗН сопровождается наличием кровоизлияний на глазном дне. Достоверно чаще ($p < 0,05$) кровоизлияния встречаются при выраженных ЗДЗН (50,5%), когда за счет отека происходит сдавление вен сетчатки и разрыв ее мелких сосудов.

Снижение остроты зрения, обусловленное наличием ЗДЗН, выявлено у 29,4% пациентов. Нарушение полей зрения опережало снижение остроты зрения и определялось у 56,4% пациентов с ЗДЗН, т. е. почти в два раза чаще, чем снижение остроты зрения. Изменения в поле зрения начинались с расширения слепого пятна, которое было обусловлено раздвиганием перипапиллярной сетчатки отечным ДЗН. Затем появлялось концентрическое сужение поля зрения с большим выпадением носовой его половины, что свидетельствовало о преиму-

щественном поражении волокон ЗН, идущих от периферических отделов сетчатки, в основном от височной ее половины. По своему характеру данные нарушения поля зрения напоминали изменения в поле зрения при глаукоме, что может свидетельствовать об общих составляющих патогенеза зрительных нарушений.

Полученные нами клинические результаты соответствуют патоморфологическим данным P.S. Levin et al. (1983), X.Z. Gu et al. (1995), которые в своих работах показали, что при ЗДЗН в первую очередь повреждаются периферические аксоны ЗН.

Частота и степень выраженности зрительных нарушений зависели от стадии ЗДЗН. Чаще и более грубые зрительные нарушения встречались в стадии выраженных ЗДЗН и офтальмоскопической картине вторичной атрофии ДЗН.

Определенную роль в развитии зрительных нарушений играет и наличие отека, кровоизлияний и дистрофических изменений в центральной области сетчатки. Подобные изменения сетчатки мы наблюдали у 14,7% пациентов с ЗДЗН, преимущественно в стадии выраженного отека. По нашим данным при наличии отека, кровоизлияний и дистрофических изменений в центральной области сетчатки у пациентов с ЗДЗН достоверно чаще отмечается снижение остроты зрения.

Динамическое наблюдение за состоянием зрительных функций показало, что острота зрения сохранилась равной 1,0 на оба глаза у 66% больных. Повышение остроты зрения на один или оба глаза отмечено у 8,2% пациентов, без динами-

ки сниженная острота зрения осталась у 16,1% пациентов, ухудшение остроты зрения отмечено у 9,7% пациентов.

Поле зрения сохранилось нормальным на оба глаза у 33,5% пациентов. Положительная динамика нарушений поля зрения одного или обоих глаз, обусловленных ЗДЗН, отмечена 15,4% пациентов, отрицательная у 7,7%, без динамики дефекты поля зрения, обусловленные наличием ЗДЗН, остались у 34,5% больных.

Литература

1. Бессмертный, М.З. К механизму возникновения застойного диска зрительного нерва в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы [Текст] / М.З. Бессмертный // Вестник офтальмологии, 2000. - Т. 116, N 1. - С. 36-38.
2. Владимирова, Н. А. Застойные диски зрительных нервов при опухолях головного мозга [Текст] / Н.А. Владимирова // Материалы IV Московской научно-практической нейроофтальмологической конференции «Современные аспекты нейроофтальмологии». - М., 2000. - С. 11-13.
3. Елисеева, Н.М. Клинические аспекты патогенетических механизмов застойных дисков зрительных нервов при нейрохирургической патологии головного мозга [Текст]: дис. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 14.00.28; 14.00.08 / Елисеева Н.М. – Москва, 2009. – 304 л.
4. Имакеев, Н.А. Изменения глазного дна при опухолях головного мозга супратенториальной локализации [Текст] / К.Б. Ырысов, М.А. Медведев, Н.А. Имакеев // Здоровоохранение Кыргызстана, 2014. - №2. – С.119-122.
5. Имакеев, Н.А. Нейроофтальмологическая диагностика при опухолях головного мозга [Текст] / Н.А. Имакеев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева - 2015. - №3(1). – С. 56-59.
6. Имакеев, Н.А. Динамика застойных дисков зрительных нервов при опухолях головного мозга супратенториальной локализации [Текст] / К.Б. Ырысов, М.А. Медведев, Н.А. Имакеев // Вестник КРСУ. - 2017. - Том 17. - №7. – С. 92-96.
7. Имакеев, Н.А. Офтальмоскопическая диагностика опухолей головного мозга супратенториальной локализации [Текст] / К.Б. Ырысов, М.А. Медведев, Н.А. Имакеев // Вестник КРСУ. - 2017. – Том 17. - №3. – С.140-145.
8. Иойлева, Е.Э. Компьютеризированная система диагностики патологии зрительного нерва [Текст]: автореф. дис. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 14.00.08 / Иойлева Е.Э. - М., 2002.- 45 с.
9. Коновалов, А.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии [Текст] / А.Н. Коновалов, В.Н. Карпенко, И.Н. Пронин. - М.: Видар, 2001. - С. 471-475.
10. Серова, Н.К. Застойный диск зрительного нерва – признак внутричерепной гипертензии [Текст] / Н.К. Серова // Материалы VI Московской научно-практической нейроофтальмологической конференции «Современные аспекты нейроофтальмологии». - М., 2002. - С. 28-32.

11. Соколова, О.Н. Особенности клинического течения застойного диск зрительного нерва и причины нарушения зрительных функций при опухолях и воспалительных процессах головного мозга [Текст] / О.Н. Соколова // *Материалы VI Московской научно-практической нейроофтальмологической конференции «Современные аспекты нейроофтальмологии»*. - М., 2002. - С.33-36.

12. Шамишинова, А.М. Функциональные методы исследования в офтальмологии [Текст] / А. М. Шамишинова, В. В. Волков. - М., 2009. - 415 с.

13. Brodsky, M.C. Magnetic resonance visualization of the swollen optic disc in papilledema [Текст] / M.C. Brodsky, C.M. Glasier // *J. Neuroophthalmology*. - 1995. - Vol. 15. - P. 122-124.

14. Orcutt, J.C. Factors affecting visual loss in benign intracranial hypertension [Текст] / J.C. Orcutt, N.G. Page, M.D. Sanders // *Ophthalmology*, 2008. - Vol. 91. - P. 1303-1312.

ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУР ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ МИОПИИ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ

Ч.Т. Сайдахметова, А.А. Маралбаева, А.К. Закирова

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева,
Кафедра офтальмологии (зав.кафедрой – д.м.н., проф. О.Дж. Джумагулов)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование влияние беременности на морфологические показатели структуры глазного яблока у миопов различной степени в различные сроки беременности, в сравнении с небеременными пациентками при эметропической и миопической рефракции.

Ключевые слова: миопия, рефракция, биометрия, беременность.

ТААСИРИ КОШ БОЙЛУУЛУК КАРАТА МОРФОЛОГИЯЛЫК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ ТҮЗҮМДӨРҮНҮН КӨЗ АЛМАСЫНЫН КАРАШТУУ МИОПИЯНЫН ТҮРДҮҮ ДАРАЖАДА

Ч.Т.Сайдахметова, А.А.Маралбаева, А.К.Закирова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Офтальмология бөлүмү (каф.башчысы – м.и.д., проф. О.Дж. Джумагулов)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөлөр жүргүзүлдү таасири кош бойлуулуку карата морфологиялык көрсөткүчтөрү түзүмүн көз алмасынын миоптордун ар кандай даражадагы ар кандай мөөнөттө кош бойлуулуктун салыштырмалуу бою жок аялдардар менен караштуу эметроп жана миоп рефракциясы.

Негизги создор: миопия, рефракция, биометрия, кош бойлук.

INFLUENCE OF PREGNANCY ON THE MORPHOLOGICAL INDICATORS OF THE EYE APPLICATION STRUCTURES IN THE MYOPIA OF VARIOUS DEGREES

Ch.T. Saydakhmetova, A.A. Maralbayeva, A.K. Zakirova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Ophthalmology(head of Department – DM, prof. O.Dj. Djumagulov)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. A study was made of the effect of pregnancy on the morphological parameters of the structure of the eyeball in myopes of varying degrees in different periods of pregnancy, compared with non-pregnant patients with emmetropic and myopic refraction.

Key words: myopia, refraction, biometrics, pregnancy.

Актуальность

Прогрессирование миопии после родов является одной из актуальных проблем в офтальмологии. Миопия составляет 18-19% в структуре экстрагенитальной патологии у беременных. До сих пор в научных исследованиях высказываются противоречивые мнения о причинах прогрессирования миопии в послеродовом периоде [1,2,3,4,5]. Миопия при беременности может иметь слабую степень (до 3 Д), среднюю степень (от 3-6Д) и высокую (более 6Д). Причина миопии и ее осложнения при беременности предопределены наследственными факторами нарушения питания сосудов глаза, снижения иммунологического механизма. Миопия при беременности склонна к прогрессированию и осложнениям вследствие усиления нагрузки на сердце и сосуды, особенно в период родов. Известно, что миопия прогрессирует при тяжелых поздних гестозах при ранних токсикозах беременных. Во второй половине беременности могут быть изменения аккомодации, что связано с нарушением проницаемости хрусталика в результате действия прогестерона и эстрогенов.

К 14-й неделе беременности в организме женщины начинает определяться пролактин, в норме отсутствующий у взрослого человека, а его максимальная концентрация регистрируется с 22-й по 32-ю неделю. Помимо выработки плацентарного гормона роста (PIGF) во время беременности увеличивается уровень гипофизарного гормона роста и пролактина. PIGF является представителем семейства структурно близких между собой белков, которые служат лиган-

дами для семейства рецепторов VEGF и относятся к сосудистоэндотелиальным факторам роста. Он принимает активное участие в процессах плацентации, становления и развития плацентарного кровообращения. PIGF воздействует на рецепторы VEGFR-1 и нейропиплин-1, активирует фосфолипазу А-2 и образование арахидоновой кислоты, которая служит субстратом для синтеза многих биологически активных молекул, включая простагландины F2a и E2 (основные модуляторы сократительной деятельности мускулатуры). VEGF-лиганд запускает сигнальный каскад, который в конечном итоге стимулирует рост эндотелиальных клеток сосуда, их выживание и пролиферацию [6, 7, 8, 9]. Значительно увеличивается продукция материнского инсулиноподобного фактора роста (IGF-1), который может действовать в качестве аутокринного или паракринного фактора в формировании и развитии плаценты [10], и тромбоцитарного фактора роста, который участвует в процессе эмбриогенеза, являясь одним из аутокринных ростовых факторов [11]. Возможно, все перечисленные факторы роста, происходящие в организме беременной женщины, могут влиять на морфологические показатели структуры глазного яблока беременных женщин, которые необходимо выявить и которые будут, вероятно, являться причиной прогрессирования миопии в послеродовом периоде.

Цель нашего исследования выявить морфологические изменения у беременных миопов различной степени в сравнении с не беременными миопами и эметропами, для выработки профилак-

ческих мероприятий прогрессировании миопии.

Методы и материалы исследования.

Под нашим наблюдением находилось две группы пациенток:

1 группа 36 беременных женщин в возрасте от 19 до 37 лет в среднем $27,19 \pm 3,7$, из них 16 миопов и 20 эмметропов. При этом миопия по классификация Аветисова Э.С. (1986) была классифицирована как - миопия слабой степени миопии -3, миопии средней степени 7, миопия высокой степени -6.

2 группа - 21 не беременных женщин в возрасте от 20 до 33 лет. Средний возраста составил $26,0 \pm 2,7$. Из них 7 миопов: слабой степени 3, средней степени 4, а также 14 эмметропов.

Пациенткам были сделаны морфологические исследования с использованием следующей современной аппаратуры: рефрактометр TOPCON, биоофтальмометр ALLADIN, биомикроскопия на щелевой лампе HUVITZ HS – 5500, оптический когерентный томограф TOPCON (ОСТ), топограф окулайзер (пентакам).

Определение рефракции пациентов проводили на рефрактометр TOPCON, нами выявлено в 2х группах -23 пациента с миопией различной степени и 34 пациента с эмметропической рефракцией (таблица 1).

Таблица 1- распределение пациенток в группах по рефракции

№ группы	Миопия слабой степени	Миопия средней степени	Миопия высокой степени	Эмметропы
1 группа беременные	3	7	6	20
2 группа небеременные женщины	3	4	-	14

Морфометрические исследования глаз включает измерение передне-задней оси глаза, или длина глазного яблока. Передне-задняя ось (ПЗО) глаза называют воображаемую линию, проходящую параллельно медиальной стенки и под углом 45° к латеральной стенке глазницы. Она соединяет два полюса глаза и показывает точное расстояние от слезной пленки до пигментного эпителия сетчатки. По-другому, передне-заднюю ось, называют длиной глаза и ее размер, наряду с преломляющей силой, наприя-

мую влияет на клиническую рефракцию глаза. Нами на биоофтальмометре ALLADIN определяли размер глазного яблока-достоинством этого аппарата является определение рамера глаза без давления на глаз, так как измерение происходит на расстоянии, в глаз направляются лучи, и замеряется с помощью датчиков скорость возвращения этих лучей отраженных от тканей дна глазного яблока. Данные по измерению размеров глазного яблока в группах отражено в рисунке 1.

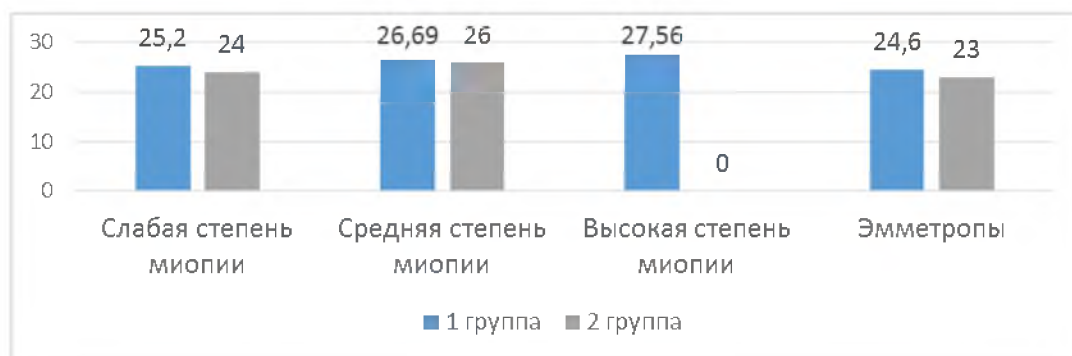


Рис. 1. Морфометрические измерения в группах передне-задней оси глаза (в мм).

В среднем, нормальная длина (размер) оси глаза у взрослых составляет 22 - 24,5 мм.

При гиперметропии (дальнозоркости), она может колебаться в пределах 18 - 22 мм; При миопии (близорукости), ее длина составляет 24,5 - 33 мм. Выявлено у беременных ПЗО увеличено, чем у небеременных на 1,89 мм ($p < 0,01$).

Основным методом измерения толщины сетчатки человека *in vivo* в настоящий момент является оптическая когерентная томография.

Оптический когерентный томограф TOPCON (ОСТ), предоставляет данные о толщине сетчатки с указанием вероятности патологического снижения или увеличения толщины сетчатки относительно нормативного уровня в среднем толщина макулы в норме от 230 до 245 нм (рисунок 2). ОСТ показывает морфологическое состояние всех гистологических слоев сетчатки *in vivo*.

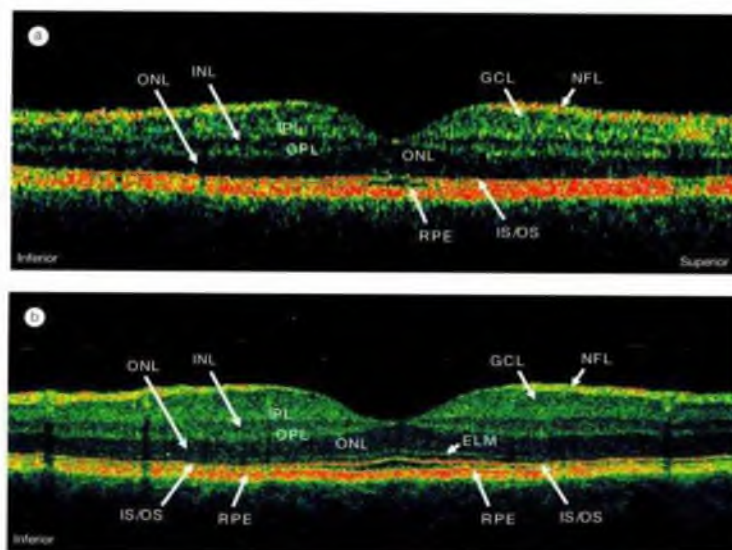


Рис. 2. Картина оптической когерентной томографии в норме.

Нами выявлено незначительное увеличение толщины макулы у беременных

со слабой степенью миопии на 6,1 нм ($p < 0,01$) (таблица 2).

Таблица 2 - Морфометрическая характеристика толщины макулярной зоны сетчатки в группах

группы	Миопия слабой степени	Миопия средней степени	Миопия высокой степени	Эмметропы
1 группа беременные	264,3	248,29	251,83	244
2 группа небеременные	258,2	247	0	245

Биоофтальмометр ALLADIN, позволяет также бесконтактно определить размер хрусталика. Хрусталик – один из самых главных элементов оптической системы глаза, расположенный в задней глазной камере Его средние размеры составляют 4-5 мм в толщину и до 9 мм в высоту, с преломляющей способностью в

20-22D. Формой хрусталик напоминает двояковыпуклую линзу, передняя поверхность которой имеет более плоскую конфигурацию, а задняя более выпуклую. Толщина хрусталика довольно медленно, но неуклонно увеличивается с возрастом (таблица 3).

Таблица 3 - Морфометрическая характеристика размеров хрусталика в группах

№ группы	Миопия слабой степени	Миопия средней степени	Миопия высокой степени	Эмметропы
1 группа беременные	3,5	3,4	4,2	3,5
2 группа небеременные	3,8	3,8	0	3,6

Морфометрическая характеристика размеров хрусталика миопов слабой и средней степени показывает уменьшение переднезаднего размера хрусталика на 0,4 мм ($p < 0,01$), что говорит о снижении аккомодационных возможностей хрусталика в период беременности, снижения его эластических возможностей.

Выводы:

1. Морфометрическое исследование структур глазного яблока в группах выявил достоверное увеличение переднезадней оси глаза у беременных со слабой и средней степени миопии в сравнении с

не беременными миопами и беременными с эмметропической рефракцией.

2. Выявлено незначительное утолщение макулярной зоны в глазах с миопией слабой степени в сравнении с небеременными миопами слабой степени и небеременными эмметропами.

3. Отмечающееся уменьшение размеров хрусталика, говорит о снижении аккомодационных возможностей его при беременности, что способствует увеличению передне-заднего размера глаза у беременных.

Литература

1. Елисеева, Э.Г. Исследование гемодинамики региональных сосудов методом флуоресцентной ангиографии при высокой близорукости / Э.Г. Елисеева, Н.В. Агафьева // Тезисы 6 съезда офтальмологов России.- М, 1994. - С 139-140.
2. Коленко, О.В. Применение профилактической лазеркоагуляции при периферических дистрофиях сетчатки у беременных. Новые технологии микрохирургии глаза /О.В. Коленко, Е.Т. Сорокин // Сб. ст.- Оренбург, 2001. -С.70-71.
3. Петрова, О.Ю. Особенности клинического течения миопии при беременности, гестозе и в послеродовом периоде: Автореф. канд. мед. наук.-М., 2004.- 22 с.
4. The management of labor in high myopic patients it / [R.T. Grausbord L. Kremer, J. Ovadia et al.] // Eur. J, Obstet. Gynecol, Reprod. Biol.-1985. -19 (5).-P. 227.
5. Myatt, Z. Vaso-active factors in pregnancy //U Fetal Maternal. Med.- Rev., 1992. -V. 4.- P. 15-36.
6. The basic residues of placenta growth factor type 2 retrieve sequestered angiogenic factor sintoasolubeform – Implications for tumor Angiogenesis / [G. Barrilari, L. Albonici, O. Franzese et al.] // Am. J. Pathol. -1998.- V.152, No.5.- P.1161-1166.
7. Dvorak, H.F. Vascular permeability factor/vascular endothelial growth factor: a critical cytokine in tumour angiogenesis and a potential target for diagnosis and therapy // J. Clin. Oncol. -2002. - V.20. - P.4368-4380.
8. Ferrara, N. Timeline VEGF and the quest for tumour angiogenesis factors // Nat. Rev. Cancer. V.-2002. -No.2. -P.795-803.
9. Vascular endothelial growth factor, placenta growth factor and their receptors in isolated human trophoblast // [V.N. Shore, T.N. Wang , T.L. Wang et al.] // Placenta.- 1997.- V.18. -P.657-669.
10. Insulin-like growth factor 1 as a local regulator of proliferation and differentiated function of the human trophoblast in early pregnancy / [T. Maruo et.al.] // Early Pregnancy.- 1995.- V.1, No.1.- P.154-161.
11. Nakatsuka, M Platelet activating factor n-culture media indicator of human embryonic development after in vitro fertilization / M Nakatsuka , N. Yoshida, T. Kudo // Hum. Reprod. -1992.- V.7.- P.1435-1439.

**ДЕРМОИДНАЯ КИСТА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ
НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

З.З. Исакова, Т. Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, С.А. Джетигенова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии № 1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье представлен клинический случай течения беременности и родов у пациентки N. в сроке 28 недель, родоразрешенной путем операции кесарева сечения по поводу преждевременной прогрессирующей отслойки нормально расположенной плаценты.

Описана клиническая картина, показания для оперативного родоразрешения, особенности течения операции кесарева сечения, в результате которого была диагностирована двухсторонняя дермоидная киста яичников.

Ключевые слова: киста яичника, дермоидная киста, беременность, преждевременная отслойка плаценты, кесарево сечение.

**ДЕРМОИДДИК КИСТА КОШ БОЙЛУУЛУКТУ ЖЕТКИРЕ КӨТӨРБӨӨНҮН
ФАКТОРУНУН БИРИ КАТАРЫ**

З.З. Исакова, Т. Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, С.А. Джетигенова
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада нормалду жайгашкан тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашынан улам 28 жумалык мөөнөттө кесерлик кесүү жолу менен төрөтүлгөн N. бейтаптын кош бойлуулугунун жана төрөтүнүн жүрүшүнүн клиникалык учуру берилген.

Клиникалык картина, оперативдүү төрөт үчүн көрсөтмө, анын негизинде энелик бездин кистасы диагноздогон эки тараптуу кесердик кесүү операциясынын жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү сүрөттөлгөн.

Негизги сөздөр: энелик бездин кистасы, дермоиддик киста, кош бойлуулук, тондун мөөнөтүнөн мурда ажырашы, кесердик кесүү.

DERMOID CYST AS ONE OF THE FACTORS OF MISCARRIAGE

Z. Z. Isakova, T. Kh. Teppeeva, M.M. Omurbekova, S.A. Djetigenova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Obstetrics and gynecology department No 1
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The present article shows a clinical case of the course of pregnancy and childbirth in patient N. in the period of 28 weeks, delivered by cesarean section for premature progressive detachment of a normally located placenta.

The clinical picture of the indications for the operative mode of delivery, the features of the course of the cesarean section, as a result of which a bilateral dermoid ovarian cyst was diagnosed, are described.

Key words: ovarian cyst, dermoid cyst, pregnancy, premature placental abruption, cesarean section.

Введение. Одной из актуальных проблем современной репродуктологии являются доброкачественные новообразования яичников (ДНЯ): доброкачественные опухоли (ДОЯ) и опухолевидные образования яичников (ООЯ), которые занимают второе место среди всех опухолей женских половых органов. Значимость рассматриваемой патологии обусловлена увеличением в последние годы частоты её встречаемости с 11% до 25% [1, 2, 3] и развитием в большинстве случаев в детородном возрасте. Частота возникновения ДНЯ у беременных, по данным разных авторов, колеблется от 0,1 до 5% [4].

Доброкачественные новообразования яичников представляют серьёзную проблему для практикующих врачей-акушеров-гинекологов, что приобретает в настоящее время ещё большую актуальность в связи со сложностью выбора тактики ведения и лечения данной патологии среди беременных.

Сочетание беременности и опухолей яичников повышает риск развития таких осложнений, как перекрут ножки опухоли, нарушение кровоснабжения, разрыв ее капсулы, механическое препятствие в родах [5]. Беременность при наличии опухолей яичников нередко протекает с угрозой прерывания. Решение вопроса о

необходимости хирургического вмешательства при сочетании беременности и опухолевидных образований придатков матки является сложной проблемой, так как оперативное вмешательство при беременности осложняет ее течение: у каждой четвертой женщины беременность прерывается; чаще, чем в популяции, встречается синдром задержки развития плода [5].

В доступной литературе Г.С. Мурзабековой с соавт. [3] описан клинический случай дермоидной кисты размерами 15x10x10, весом 1кг 50 г у беременной в сроке 39 недель, осложнившей течение беременности.

При изучении литературы не было описано ни одного клинического случая наличия двухсторонних дермоидных кист во время беременности, в связи с чем мы посчитали наше наблюдение уникальным и интересным для клинических ординаторов и практических врачей.

Клинический случай:

Беременная Н. 19 лет поступила в приемный блок Городского Перинатального Центра 19.10.17 в 12.55 в связи с появлением небольших кровянистых выделений из половых путей.

Из данных анамнеза наследственность не отягощена, росла и развивалась

соответственно возрасту, вредные привычки отрицает. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ. С 14 лет страдает бронхиальной астмой.

Акушерско-гинекологический анамнез. Первая менструация наступила в 14 лет. Менструальный цикл - 26 дней, установился через три месяца. Менструации регулярные, безболезненные, длительность 3-4 дня. Гинекологических заболеваний нет. Половая жизнь с 19 лет, брак не зарегистрирован. Муж со слов пациентки здоров. Дата последней менструации 30.03.2017.

Течение данной беременности: 7.07.2017 года была взята на учет по беременности в женской консультации по месту жительства.

По данным объективного осмотра, ультразвукового исследования был поставлен диагноз: Беременность 13 недель. Хорион по передней стенке. При этом патологии со стороны яичников в исследовании обнаружено не было.

Плановые анализы, назначенные при 1 и 2 посещения гинеколога в пределах нормы.

Первый триместр протекал на фоне раннего гестоза. В сроке 18 недель пациентка перенесла ОРВИ без повышения температуры тела.

Беременность протекала на фоне анемии I степени, получала антианемическую терапию.

Общее состояние пациентки на момент осмотра средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное, телосложение нормостеническое,

кожные покровы чистые, обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 72 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст.

Акушерский статус: Матка в нормальном тонусе, положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин.

Данные влагалищного исследования: Шейка матки осмотрена в зеркалах, зев закрыт, выделения кровянистые, скудные, мажущие.

Предварительный диагноз: беременность 28 недель. Преждевременная непрогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты.

Тактика ведения:

1. Мониторинг за состоянием матери и плода в условиях родильного блока.
2. Профилактика СДР плода (дексаметазон по схеме).
3. Провести контрольное УЗИ для подтверждения диагноза.
4. В случае прогрессирования отслойки плаценты беременность закончить операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

Ультразвуковое исследование от 19.10.2017: В полости матки 1 живой плод в головном предлежании, Сердцебиение 136 ударов/мин, шевеление имеется. Пол - девочка. Плацента по передней и боковой стенке матки, толщина 30 мм, бипариетальный размер головки 7,5 см, толщине левой бедренной кости 5,3 см.

Плацента по передней стенке 1 степени зрелости, толщина 3,1 см, по нижнему краю участок отслойки с гематомой размером 6,5х3,5см.

Заключение: Беременность 29 недель. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Учитывая отслойку плаценты на значительном протяжении решено сделать УЗИ 3D.

20.10.17 создан консилиум врачей для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременной.

Общее состояние пациентки спустя сутки после госпитализации без изменений.

Акушерский статус:

Матка возбуждена, положение плода продольное, головное, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 142 уд/мин.

3 D УЗИ: в полости матки один живой плод в головном предлежании с/б+. Бипариетальный размер 7,8 см. ДБ 5,4 см. ОГ 26 см, ОПС 24 см, окружность живота 24 см, окружность головы 26 см. Предполагаемая масса плода 1346 г. Плацента по передней стенке, экстратура ее без особенностей, степень зрелости – 0, толщина 3,1 см. Околоплодные воды в норме. ВПР плода не обнаружены. У нижнего края плаценты визуализируется гематома 7,0х4,2 см. Маточно-плацентарный кровоток в норме. Однократное обвитие пуповины.

Заключение: Беременность 28 недель. Преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты.

На основании данных анамнеза, данных объективного осмотра, клинических проявлений, заключения

ультразвукового исследования выставлен клинический диагноз:

Беременность 28 недель. Преждевременная прогрессирующая отслойка нормально расположенной плаценты. Анемия I степени.

Заключение: учитывая вышеописанный диагноз, решено беременность закончить операцией кесарево сечение в интересах матери и плода.

20.10.17 г произведена операция кесарево сечения. В головном предлежании за подмышечные впадины извлечен живой недоношенный плод женского пола массой 1120 грамм, ростом 33 см, с оценкой по шкале Апгар 5/6 баллов.

Матка выведена в рану произведена перевязка маточных сосудов с целью профилактики возможного кровотечения. Плацента прикреплена по передней стенке с участком отслойки 5,0х6,0 см, отделена, выделена. Матка сократилась, плотная, розового цвета. Разрез на матке ушит двухрядным непрерывным кетгутовым швом, перитонизация пузырно-маточной складкой.

Интраоперационно по обе стороны от матки в области придатков случайно были обнаружены образования - кисты с тонкой стенкой обеих яичников.

Учитывая наличие двусторонних придатковых образований, которые не были ранее диагностированы до оперативного вмешательства и послужили находкой для оперирующих хирургов, решено было произвести операционную паузу и созвать экстренно консилиумом врачей, включая ургентного онколога. Решением консилиума произведена двухсторонняя кистозэктомия с сохранением здоровых

тканей яичников. Произведено вылушивание кист с сохранением здоровых участков. Туалет брюшной полости. Передняя брюшная стенка ушита послойно на глухо, оставлен микроирригатор для контроля.

Общая кровопотеря составила 700 мл. **Макропрепарат:** два тонкостенных образования размерами 7x8 см и 8x9 см, по вскрытию которых в полости обнаружено гнойное содержимое, волосы, ногти, элементы хрящевой ткани. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование, получен результат, подтверждающий наличие дермоидных кист яичников.

В послеоперационном периоде с целью профилактики гнойно-септических осложнений назначена антибиотикотерапия, для коррекции анемии назначена антианемическая терапия.

Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка вместе с ребенком переведена на второй этап выхаживания на 7 сутки.

Заключение:

Таким образом клинический случай описывает редкое сочетание двусторонней дермоидной кисты яичника и беременности.

УЗИ во время беременности было произведено только во время первого визита к акушер-гинекологу и взятия пациентки на учет по беременности, когда изменений со стороны придатков не было обнаружено.

Возможно, причиной постановки диагноза только интраоперационно послужило некачественное ультразвуковое исследование в сроках 13-20 недель, когда матка приобрела к моменту исследования крупные размеры, и придатки с маточными трубами сместились за матку, что затруднило их визуализацию.

Данное обстоятельство можно объяснить либо феноменом «опухоли-невидимки», который проявляется тем, что дермоид может сливаться с окружающими тканями, либо несоблюдением протокола исследования.

Возможно, наличие двухсторонних образований и послужило причиной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, ввиду нарушения функций яичников и гормональной недостаточности.

Двусторонние дермоидные кисты – явление редкое, полное поражение тканей яичников может привести к полной кастрации женщины, что служит причиной приема заместительной гормональной терапии.

На основании вышесказанного необходимо подчеркнуть необходимость четкого соблюдения протокола ультразвукового исследования, включая визуализацию области придатков, а также важность качественной ревизии брюшной полости при проведении операции кесарева сечения.

Литература

1. Блошинская, И.А. Лапароскопический доступ в лечении опухолей и опухолевидных образований яичников у беременных / И.А. Блошинская, И.Л. Зверев // *Репродуктивное здоровье 2008: мат. 2-го Межд. конгресса по репродуктивной медицине.* — М., 2008. — 234 с.
2. Метод лечения доброкачественных опухолей яичников у беременных и родильниц / [Л.С. Логутова, А.А. Попов, В.А. Петрухин и др.] // *Рос. вестн. акушера-гинеколога.* — 2007. — № 2. — С. 65-67.
3. Пестрикова, Т.Ю. Тактика ведения беременных женщин с опухолями и опухолевидными образованиями репродуктивной системы / Т.Ю. Пестрикова, Е.А. Юрасова, И.В. Юрасов // *Проблемы репродукции: спец. выпуск.* — М., 2007. — С. 123.
4. Бахидзе, Е.В. Опухоли яичника у беременных / Е. В. Бахидзе // *Журнал акушерства и женских болезней.* — 2011. — Т. LX. — № 3. — С. 190-196.
5. *Оперативная гинекология* / под ред. В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. — М: МЕДпресс-информ, 2010. — С. 298-300.
6. Бахидзе Е.В. Опухоли яичника у беременных // *Журнал акушерства и женских болезней.* -2011. -Т. 60, № 3. -С. 190-196.

**ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ
ПО ДАННЫМ ГПЦ г. БИШКЕК**

М.Э. Эрнисова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, Ж.А. Марипова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: mairamernisova@gmail.com

Резюме. Проведен ретроспективный анализ исхода беременности и родов у 200 женщин при наличии рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение за 2018 год по городскому перинатальному центру (ГПЦ) г. Бишкек. Выявлена достоверная значительная связь между интергестационным интервалом и толщиной рубца на матке. Также выявлено, что количество перенесенных операций кесарево сечения имеет достоверное влияние на толщину и состоятельность рубца на матке

Ключевые слова: беременность, кесарево сечение, рубец на матке, несостоятельный рубец на матке.

**БИШКЕК ШААРЫНЫН ШПБ МААЛЫМАТЫ БОЮНЧА
КЕСАРЕВО КЕСУУСУНӨН КИЙИНКИ ЖАТЫНДЫН ТЫРЫГЫНЫН
ЖЕТИШСИЗДИГИНИН ПАЙДА БОЛУУСУНУН СЕБЕБИ**

М.Э. Эрнисова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омүрбекова, Ж.А. Марипова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2018 жылы шаардык перинаталдык борборунда(ШПБ) кесарево кесүүсүнөн кийинки жатындын тырыгы бар 200 аялдар арасында кош бойлуулуктун жана төрөтүнүн жыйынтыгы боюнча ретроспективдүү анализи өткөрүлдү. Тырыктын калыңдыгынын жана бюонда болуусунун аралыгы боюнча шексиз өз ара байланышы аныкталды. Андан сырткары башынан өткөн кесарево кесүүсүнүн саны менен тырыктын калыңдыгы жана жетилгендигинин так байланышы аныкталды.

Негизги сөздөр: кош бойлуулук, кесардык кесуу, жатындын тырыгы, жатындын тырыгынын жетишсиздиги.

THE REASONS FOR THE FORMATION OF AN INSOLVENT UTERUS SCAR AFTER A CESAREAN OPERATION UNDERGONE SURGERY ACCORDING TO THE CITY PERINATAL CENTER OF BISHKEK

M.E. Ernisova, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova, J.A. Maripova

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

Obstetrics and Gynecology Department №1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. A retrospective analysis of the outcome of pregnancy and childbirth in 200 women was performed in case of scarring on the uterus after undergoing a cesarean section for 2018 year in the city perinatal center (CPC) of Bishkek. Revealed a significant relationship between the intergestational interval and the thickness of the uterine scar. It was also revealed that the number of cesarean sections surgeries had a significant effect on the thickness and viability of the uterine scar.

Keywords: pregnancy, cesarean section, uterine scar, failed scar.

Введение. В современном акушерстве во всем мире кесарево сечение (КС) – это наиболее распространенная акушерская операция, которая применяется с целью быстрого родоразрешения при различных осложнениях как со стороны матери так и со стороны плода. В среднем, по всему миру количество детей, родившихся путем операции кесарево сечение, равняется 18,7 % от общего числа всех родов (показатель ВОЗ за 2014 год) [1,2]. Частота операции кесарево сечение достигает 20 - 27% в клиниках Западной Европы и США и 60 % - в Латинской Америке. В России частота кесарева сечения в среднем составляет 15-16 %, достигая 30-40 % в перинатальных центрах, и не имеет тенденции к снижению [3]. В Кыргызстане частота операции кесарево сечение составляет от 7,1 до 9,9% [4].

Значительное распространение КС повлекло за собой ряд новых проблем: с одной стороны – рост частоты гнойно-

септических заболеваний и поиски эффективных мер их профилактики и лечения, с другой – сложность ведения беременности и родов при рубце на матке после КС [4,5]. При проведении повторного КС вследствие наличия спаечного процесса и изменения топографо – анатомических взаимоотношений органов малого таза частота интраоперационных осложнений возрастает в 3-4 раза по сравнению с родами через естественные родовые пути [6,7]. В Кыргызской Республике (КР) актуальность данной проблемы не вызывает сомнения, что обусловлено частыми родами, малой информированностью в вопросах планирования семьи, низким уровнем жизни населения и экономической нестабильностью.

Цель работы: Провести анализ исхода беременности и родов у женщин при наличии рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечения за

2018 год по городскому перинатальному центру (ГПЦ) г. Бишкек.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 200 историй болезни женщин с рубцом на матке после операции кесарево сечения, произошедших в городском перинатальном центре (ГПЦ) г. Бишкек за 2018 год. Всего за 2018 год по ГПЦ прошло 9773 родов, из них 1515 случаев родоразрешены оперативным путем. Среди женщин родоразрешенных путем операции кесарево сечение в 635 случаях были женщины с наличием рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение в прошлом: с одним рубцом – 370, с двумя – 205, с тремя – 60 женщин.

Все женщины состояли на диспансерном учете и были обследованы в полном объеме согласно клиническому протоколу МЗ КР. В исследование были включены беременные родоразрешенные оперативным путем с наличием рубца на матке после перенесенной операции кесарево сечение в анамнезе и не имеющих других соматических заболеваний.

Проведена оценка клиничко – анамнестических данных, особенностей течения беременности, оперативного вмешательства, послеоперационного периода и состояния новорожденных на момент родоразрешения. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистической программы SPSS 20. Результаты работы представлены в виде значений M (средняя арифметическая величина) + σ (среднее квадратичное отклонение). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали $\leq 0,05$. Оценка риска проводи-

лась посредством четырехпольных таблиц сопряженности. Эффект воздействия исследуемого фактора оценивался по величине относительного риска (RR). Для демонстрации силы связи вычисляли 95 % доверительный интервал (ДИ) для RR.

Результаты и обсуждение

Обследуемые женщины по возрасту распределились следующим образом: от 20 до 25 лет – 12,2 %, от 26 до 30 лет – 28,9 %, от 31 года до 35 лет – 36,7 %, старше 35 лет – 22,2 %. Большинство женщин находились в оптимальном репродуктивном возрасте. Средний возраст составил $31,7 \pm 4,9$ лет (min 22, max 44; $p = 0,119$).

Анализ соматической отягощенности показал, что частота экстрагенитальных заболеваний распределилась следующим образом: железодефицитная анемия (ЖДА) – 44 (22,2%), хроническая артериальная гипертензия – 20 (10%), варикозная болезнь – 15 (7,8%), миопия высокой степени – 13 (6,7%), хронические инфекционно-воспалительные заболевания ЛОР-органов и органов дыхания – 11 (5,7%). Удельный вес соматически здоровых женщин составил – 37,8 % ($p = 0,011$).

Течение беременности у обследуемых женщин было неблагоприятным и характеризовалось различными акушерскими и перинатальными осложнениями: хроническая плацентарная недостаточность имела место у 40 (20%), отеки беременных у 23 (11,1%), хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП) у 20 (10%), анемия у 17 (8,9%), преэклампсия тяжелой степени (ПТС) у 17 (8,9%), угроза прерывания беременности у 8

(4,4%), гестоз у 7 (3,3%), многоводие у 5 (2,2%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты у 5 (2,2%), преэклампсия средней степени (ПСС) у 3 (1,1%) ($p = 0,165$).

По сроку гестации, родоразрешены в срок – 162 (81,1%), преждевременные роды у 31 (15,6%) и запоздалые роды у 7 (3,3%) женщин. Интергестационный интервал после последнего кесарева сечения составил от 1 года до 6 лет (в среднем $2,3 \pm 1,2$ лет), что непосредственно влияет на формирование полноценного рубца на матке. По данным литературы

на формирование полноценного рубца на матке имеет определенное значение временной фактор [8,9,10]. Так в нашем исследовании выявлена достоверная значительная связь между интергестационным интервалом и толщиной рубца на матке ($RR = 1,95$; 95% ДИ 1,51 – 2,53; $p < 0,0001$). Давность рубца на матке при его неполноценности (0,1 – 0,2 мм) составляла в среднем 1 – 2 года (рис. 1). Это объясняется тем, что до 2 лет полноценный рубец еще не успевает сформироваться.

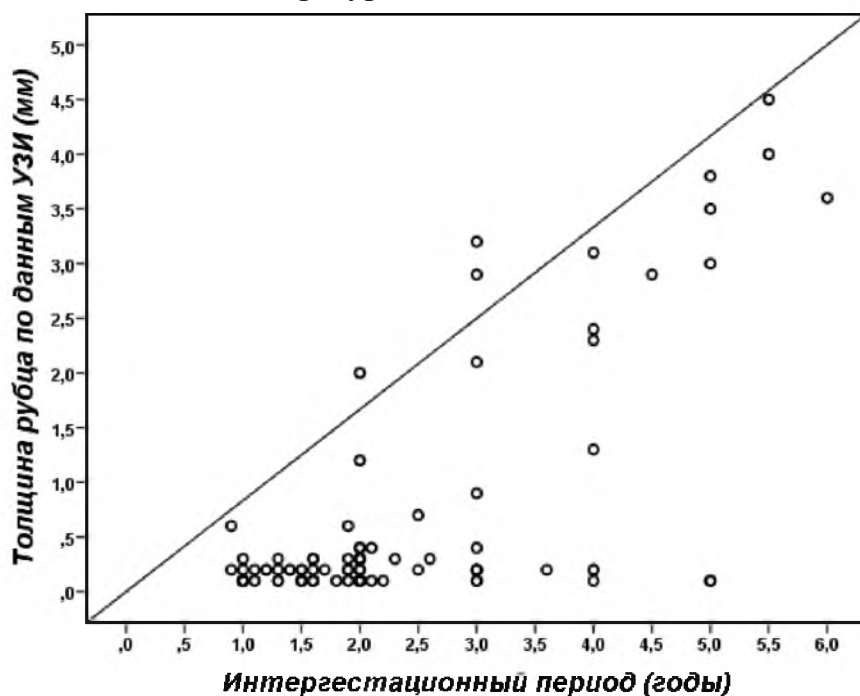


Рис. 1. Влияние интергестационного интервала на состоятельность рубца на матке после операции кесарево сечение.

Доминирующими показаниями к оперативному родоразрешению при предшествующей беременности были сопутствующая экстрагенитальная патология 75 (37,5%), крупный плод 29 (14,3%), тазовое предлежание плода 23 (11,6%), аномалии родовой деятельности 20 (10%), преэклампсия тяжелой степени 19 (9,3%), преэклампсия средней степени 16

(8%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 12 (6%) и внутриутробная гипоксия плода 6 (3,2%) ($p = 0,045$).

В плановом порядке были родоразрешены 149 (74,4%) женщин, в экстренном – 51 (25,6%) женщин. Основными показаниями к операции кесарева сечения были: два и более рубца на матке у 49

(24,4%), несостоятельность послеоперационного рубца у 47 (23,3%), сочетание рубца на матке с акушерской патологией у 44 (22,2%), крупный плод у 33 (16,6%), сочетание рубца с экстрагенитальной патологией у 27 (13,3%) ($p = 0,055$).

Средняя толщина рубцов на матке по данным УЗИ и интраоперационным данным равнялась $0,6 \pm 1,09$ мм (min 0,1; max 4,5, $p = 0,032$). Медиана толщины рубца на матке после операции кесарево сечение у женщин с одним рубцом на матке

составила 0,4 мм, при этом наблюдался высокий размах значений от 0,1 мм до 4,5 мм, что и отразилось на средней толщине рубца на матке. При наличии у женщин трех и четырех рубцов на матке медиана составила 0,1 мм, но показатели характеризовались малым размахом значений от 0,1 мм до 0,3 мм. Таким образом, количество перенесенных операций кесарево сечения имеет достоверное влияние на толщину и состоятельность рубца на матке (рис. 2).

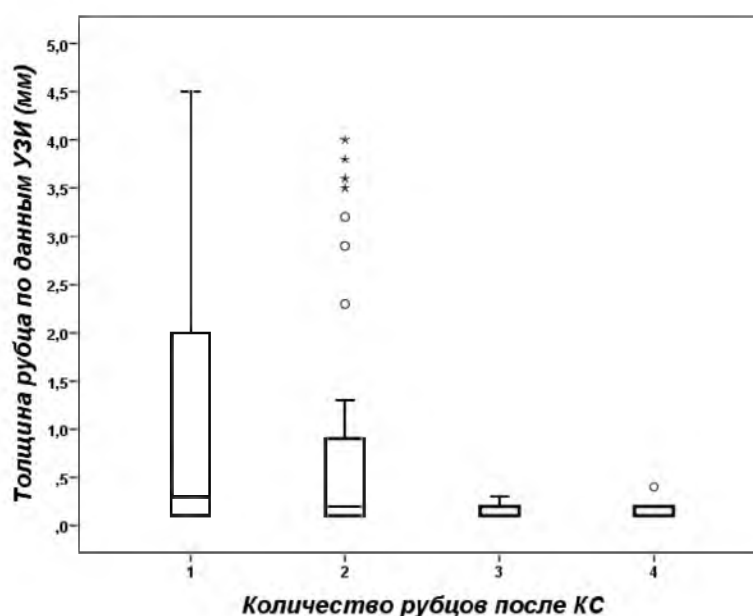


Рис. 2. Влияние перенесенных операций кесарево сечения на толщину и состоятельность рубца на матке.

Кровопотеря во время операции до 500 мл была у 40 (20%), 500 – 800 мл у 144 (72,2%) и свыше 800 мл у 16 (7,8%) женщин. Средняя кровопотеря составила $559,2 \pm 146,6$ мл. Во время операции кесарева сечения у 15 (7,5%) женщин производились дополнительные операции. Так, у 11 женщин была произведена стерилизация, у 3 женщин миомэктомия и у 2 женщин кистэктомия.

Анализ состояния новорожденных позволил установить следующие антропометрические показатели новорожденных: средняя масса тела составила $3464,1 \pm 580,6$ г, средняя длина тела – $50,3 \pm 2,9$ см. Количество новорожденных с массой тела 4000 г и более составило 38 (19%) ($p=0,025$).

Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на первой минуте после рождения показала, что 180 (90%) детей

имели удовлетворительное функциональное состояние и были оценены на 7 – 9 баллов. Оценку по шкале Апгар 6 баллов и менее имели 20 (10%) детей. Среднее значение оценки по шкале Апгар на первой минуте составило $7,9 \pm 0,9$ баллов ($p=0,051$). На пятой минуте после рождения удовлетворительное функциональное состояние по шкале Апгар имели 191 (95,6%), 6 баллов и менее имели 9 (4,4%) детей. Среднее значение оценки по шкале Апгар на пятой минуте составило $8,32 \pm 0,8$ баллов ($p=0,051$).

Послеоперационный период у большинства родильниц протекал без осложнений, все женщины выписаны домой на 5 сутки. У 6 (3%) родильниц послеродовый период осложнился эндометритом, которым своевременно проведена антибактериальная терапия.

Выводы:

1. Таким образом, по результатам нашего исследования выявлен рост числа женщин с наличием рубца на матке после операции кесарево сечение, что объясняется расширением показаний к оперативному родоразрешению как со стороны матери, так и плода.

Литература

1. Айламазян, Э.К. Подготовка беременных с рубцом на матке после кесарева сечения к родоразрешению / Э.К. Айламазян, Т.У. Кузьминых, Н.И. Поленов // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. - №57(1). – С.3-10.

2. Айламазян, Э.К. Кесарево сечение / Э.К. Айламазян, В.Н. Серов, В.Е. Радзинский // Национальное руководство. Краткое издание. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 608 с.

2. На формирование полноценного рубца на матке немаловажное значение имеет интергестационный интервал. Морфологическое формирование рубца на матке наблюдается через 8-12 месяцев после операции кесарево сечение. Однако, по данным литературы вероятность развития несостоятельности рубца на матке составляет временной фактор от 2 до 5 лет: до 2 лет полноценный рубец не успевает сформироваться, а по истечении 5 лет в области рубца происходят склеротические изменения, которые влияют на его растяжимость.

3. На формирование состоятельного рубца на матке после кесарево сечения, также влияет число повторных родоразрешений оперативным путем. Так, при наличии трех и более рубцов на матке вероятность его несостоятельности значительно возрастает.

4. Для снижения осложнений во время беременности как для матери, так и плода среди женщин с наличием рубца на матке необходимо проводить санитарно-просветительную работу по вопросам послеродовой контрацепции и планированию семьи.

3. Киселевич, М.Ф. Течение беременности и родов у женщин с рубцом на матке / М.Ф. Киселевич, М.М. Киселевич, В.М. Киселевич // Научный результат. – 2014. - № 2. – С.20-25.

4. Выборных, В.А. Показания к операции Кесарево сечение в современном акушерстве / В.А. Выборных, А.Э. Самигуллина // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2016. - №5. – С. 89-90

-
5. Краснопольский, В.И. Репродуктивные проблемы оперированной матки / В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, С.Н. Буянова // Вестник МГМУ. – 2006. - №5. – С. 57-60.
6. Кохан, И.А. Морфология рубца на матке после операции кесарева сечения и ушивания матки различными шовными материалами: дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.01 / И.А. Кохан; Новосибирский гос. мед. ун-т. – Новосибирск. 2002. – 247 с.
7. Кулаков, В.И. Кесарево сечение / В.И. Кулаков, Е.А. Чернуха, Л.М. Комиссаров. - М: «Триада Х», 2014. – 320 с.
8. Павлова, Т.Ю. Клинико-морфологические аспекты рубца на матке после кесарева сечения. / Т.Ю. Павлова, В.А. Аргунова, Р.Д. Филиппова // Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №2. – С. 10-12
9. Щукина, Н.А. Причины формирования и методы профилактики несостоятельного рубца на матке после кесарево сечения / Н.А. Щукина, Е.И. Благина, И.В. Барина // Альманах клинической медицины. – 2015. - №37. – С. 85-92.
10. Игитова, М.Б. Особенности течения и исхода беременности у женщин с рубцом на матке / М.Б. Игитова, О.Ю. Пачковская, В.А. Борошков // Мать и дитя в Кузбассе. – 2018. - №3(74). – С. 38-41.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ КАРИЕСА И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА
У ДЕТЕЙ В СТРАНАХ СНГ (ОБЗОР)**

Г.С. Чолокова, А.Ш. Камчыбекова

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

*E-mail: gulnar.cholokova@yandex.com
valuable1992@mail.ru*

Резюме. В статье отражены материалы эпидемиологического обследования, дан анализ распространенности и интенсивности кариеса у детей в разных странах.

Ключевые слова: кариес, интенсивность, распространенность, эпидемиология, профилактика.

**БАЛДАРДЫН КАРИЕС ЖАНА ПАРОДОНТ ООРУЛАРЫ БОЮНЧА
КМШ ӨЛКӨЛӨРДҮН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ИЗИЛДӨӨ (КАРАП ЧЫГУУ)**

Г.С. Чолокова, А.Ш. Камчыбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдар тиш дарылоо кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада эпидемиологиялык изилдөө материалдары көрсөтүлгөн, кариестин жана пародонттун ооруларынын ар кандай өлкөлөрдөгү таркалышы жана интенсивдүүлүгү жазылган.

Негизги создор: тиш оорусу, катуулугу, таралышы, эпидемиология, алдын алуу, тиш сактоону уюштуруу.

**EPIDEMIOLOGY OF CARIES AND ANOTHER PERIODONTAL DISEASES
IN CHILDREN IN CIS COUNTRIES (REVIEW)**

G.S. Cholokova, A.Sh. Kamchybekova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of pediatric dentistry
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: The article reflects the materials of the epidemiological survey, analyzes the prevalence and intensity of caries in children in different countries.

Key words: incidence, caries, intensity, prevalence, epidemiology, prevention, organization of dental care.

Актуальность. Одной из актуальных проблем здравоохранения являются вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению [1,2,3]. Особенно это касается оказания стоматологической терапевтической помощи детям, в частности при лечении таких распространенных заболеваний, как кариес зубов и заболевания пародонта. При оценке качества стоматологической помощи обязательно должны учитываться экологические и эпидемиологические факторы [1,2,4,5,6].

Эпидемиология стоматологических заболеваний - раздел стоматологии, изучающий распространенность и интенсивность стоматологических заболеваний. Эпидемиологические данные необходимы для описания клинической картины, изучения закономерностей и тенденций развития патологии, определения потребности в лечении, профилактике с целью прогнозирования заболеваемости, организации и планирования стоматологической помощи населению [7].

Многие авторы определяют факторы, от которых зависит распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта: уровень гигиенической культуры населения по уходу за полостью рта [8,9], культура питания, особенно употребление углеводов [10,11,12] экологических, геоклиматических особенностей региона, социально-экономических условий проживания населения [13,14].

Изучение эпидемиологии стоматологических заболеваний позволяет определить зависимость распространенности и частоты возникновения этих болезней от содержания фтора в питьевой воде, кли-

мата, характера питания, национальности, привычек и быта населения, возраста, пола и др. Эпидемиологию стоматологических заболеваний изучают специальными методами на основании разработываемых программ подготовленным персоналом. Данные обследования позволяют точно спланировать и рассчитать объем необходимой населению стоматологической лечебной и профилактической помощи, штаты медицинского персонала, объем его подготовки, дать прогноз заболеваемости, рекомендовать определенные организационные мероприятия, определить эффективность лечебной и профилактической, организационной и управленческой форм помощи [2].

Первые работы, по изучению распространения заболевания кариесом зубов в России, относятся к концу XIX века. На VI съезде естествоиспытателей и врачей Н.В. Склифософский (1880) привел данные о поражении зубов кариесом у учащейся молодежи г. Петербурга, В этот период появляются работы, освещающие состояние зубов, как у городского населения, так и у жителей сельских местностей [15,16]. Наибольший интерес из работ этого времени представляют исследования А.К. Лимберга (1900) [17], который в своей работе представил результаты обследований учащихся женских школ г. Петербурга, установив поражаемость кариесом в 86,9%. Итогом этой работы были конкретные предложения по борьбе с кариесом зубов у детей. А.А. Пудкевич (1913) [18] в докладе IV Делегатскому съезду от зубоврачебных обществ сообщил, что нет статистических данных о заболеваемости населения ка-

риесом зубов. Также, им было подчеркнуто, что данные об обрабатываемости населения за зубоврачебной помощью не дают действительной картины о заболеваемости населения «зубными болезнями». Таким образом, уже в начале XX века обсуждался вопрос об изучении пораженности кариесом зубов у населения по единой методике [19].

В настоящее время существует множество работ по профилактике кариеса. Несмотря на то, что накоплен большой положительный опыт по внедрению превентивных мероприятий, уровень стоматологической заболеваемости, по данным ВОЗ, не снижается [20,21]. Распространенность кариеса временных зубов у трехлетних детей варьирует от 14 до 85%, интенсивность колеблется от 1,3 до 5,2. Уже в 6-летнем возрасте распространенность кариеса постоянных зубов составляет в среднем 50% при интенсивности 0,5 [22].

Поражение зубов множественным кариесом приводит к преждевременной их потере, нарушает функцию жевания, что отрицательно сказывается на развитии зубочелюстной системы в период формирования постоянного прикуса и ведет к формированию аномалий челюстно-лицевой области. Кроме того, высокая интенсивность кариозного процесса, увеличение количества его осложнений способствуют развитию воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, глаз, кожных покровов, почек, опорно-двигательного аппарата и в итоге являются причиной большого числа общих заболеваний [23].

Клинико-статистический анализ стоматологической заболеваемости у детей

дошкольного возраста Казани показал, что на долю кариеса зубов приходится 46,8% основных стоматологических заболеваний, зубочелюстные аномалии занимают 28,7%, заболевания краевого пародонта 13,3%, заболевания слизистой оболочки полости рта 2%. Распространенность кариеса зубов у детей в возрасте 1-3 лет увеличивается с 9,2 до 53,5% на 100 обследованных, в возрасте 4-6 лет достигает 79,4-89,1%. Некариозные заболевания у детей в возрасте 1 года встречаются в 14,3% случаев, в 6 лет снижаются до 6,5%. Частота заболеваний краевого пародонта увеличивается с 2,3%, в возрасте 1 года до 25,3% в 6 лет. Зубочелюстные аномалии возросли с 9,9 до 42,8% на 100 обследованных. Заболевания слизистой оболочки полости рта в этом возрастном интервале находились в пределах 2,8-4,5% [24].

Проведенные в различных городах России эпидемиологические исследования показывают увеличение распространенности и интенсивности кариеса зубов в зависимости от возраста и эпидемиологической обстановки. Общая распространенность кариеса временных зубов у 625 детей в возрасте 6 – 15 лет составила $57,86 \pm 1,56$ %, интенсивность кариеса временных зубов – $2,61 \pm 0,6$. Общая распространенность кариеса постоянных зубов у 625 детей в возрасте от 6 до 15 лет составила $71,45 \pm 1,31$ %, а интенсивность кариеса постоянных зубов – $2,36 \pm 0,52$. В 6-ти летнем возрасте распространенность кариеса временных зубов составила $92,19\% \pm 2,94$. В возрасте 12 лет, он составил $16,4 \pm 3,18$ %, а в 15 лет составляет $4,02 \pm 1,92$ %. Иная тенденция наблюдалась в распространенности

кариеса постоянных зубов: с 6 до 15 лет отмечалось постепенное нарастание процесса, так, если в 6 лет распространенность составила $18,64 \pm 3,75\%$, то к 12 годам – $84,28 \pm 3,27\%$, что соответствует высокому уровню распространенности кариеса зубов. К 15 годам распространенность достигает максимального значения – $88,21 \pm 3,3\%$. Анализ результатов обследования показывает, что с возрастом наблюдается тенденция к увеличению кариеса постоянных зубов – с $18,64 \pm 3,75\%$ среди 6-летних до $88,21 \pm 3,3\%$ у 15-летних детей. У 12-летних детей средняя интенсивность кариеса постоянных зубов составляет $2,83 \pm 1,58$. В структуре индекса КПУ у 12-летних детей появляется компонент «У» (зубы, удаленные по поводу кариеса и его осложнений), который увеличивается с возрастом, преобладал компонент «К» (кариес), который был равен $1,84 \pm 0,14$, тогда как компонент «П» (пломба) – всего $0,98 \pm 0,09$. В 15-летнем возрасте преобладает компонент «П» и он равен – $2,25 \pm 0,15$, а компонент «К» – $1,67 \pm 0,13$. Результаты эпидемиологических стоматологических обследований свидетельствуют о достаточно высокой (по критериям ВОЗ) распространенности кариеса как временных, так и постоянных зубов 6-ти, 12-ти и 15-ти летних детей города Уфы, высокой распространенности заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий. В результате проведенного стоматологического обследования и анкетирования были установлены высокая распространенность основных стоматологических заболеваний у детей, низкий уровень стоматологической просвещенности родителей, что

требует совершенствования существующих профилактических мероприятий у данной группы населения [25].

Кыргызстан более чем другие страны постсоветского пространства ощутил тяжесть переходного периода в силу особенностей экономики, социально-политической ситуации [26, 27, 28, 29]. В республике – с меньшей степенью развития промышленности, большей концентрацией сельского населения, неразвитостью инфраструктуры, сложностями материально-технического обеспечения – данные проблемы проявились с большей актуальностью [30, 31, 32]. Стоматологическая служба Кыргызстана, имевшая относительно стройную систему организационного построения, при слабом обеспечении врачебными кадрами, материально-техническими ресурсами и современными технологиями, в ходе проведения реформирования столкнулась со значительными проблемами переходного периода [33, 34, 35]. При высокой распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний – например распространенность кариеса молочных зубов у детей достигала 90,0% и выше. Среди 12-ти летних школьников распространенность кариеса постоянных зубов колеблется от 72,0% до 77,0% [36]. По этой, и другим причинам, стоматологи остаются одними из наиболее посещаемых пациентами и востребованных специалистов [37, 38, 39, 40].

В последнее время, особенно большое развитие получила профилактическая стоматология, и в результате интенсивность распространенных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и болезни пародонта значительно умень-

шилась во многих странах мира [41, 42,43,44,45,46].

Анализируя статью о влиянии нефролитиаза на данные стоматологического статуса, можно сделать вывод, что необходимо строго делать «выборку» групп обследования по принадлежности на группы здоровья [47].

Недостатки официального учета стоматологической заболеваемости в настоящее время становятся предпосылками для проведения исследований с целью оценки распространенности стоматологической заболеваемости населения во взаимосвязи с необходимым объемом стоматологической помощи и учетом медико-биологических и социально-гигиенических факторов риска возникновения стоматологических заболеваний [48]. Исследования в данном направлении позволяют скорректировать организацию работы врача-стоматолога, стоматологической поликлиники и органов здравоохранения в целом. Сотрудники стоматологических учреждений преимущественно занимаются лечением и мало уделяют внимание профилактической работе. По данным официальной статистики работа стоматологических учреждений по профилактике свертывается. Это касается как активного выявления больных, так и санации полости рта лицам, нуждающимся в этих услугах. Частные стоматологические учреждения профилактическими осмотрами вообще не занимаются. Из числа лиц, проживающих на территории обслуживания стоматологической поликлиники, профилактическими осмотрами охвачены от 16 до 30,0 %. Удельный вес лиц, нуждающихся в санации высокий (63,0%) [49].

Данные исследования нашего соотечественника Исмаилова А.А. [50]: результаты обследования 570 школьников Ошской области — долинной зоны Карасуйского района, позволили установить, что кариес зубов является одним из широко распространенных заболеваний, причем, начиная с наиболее ранних детских возрастов. Так в семилетнем возрасте распространенность кариеса составила 89,4%, в восьмилетнем - 90,0%, в девятилетнем - 92,1%, в десятилетнем - 87,8% и далее по возрастам идет постепенное возрастание распространенности. У 12-ти летних детей (показатель по международным стандартам) распространенность кариеса зубов составила 91,5%. Данные стоматологического обследования детей школьного возраста говорят о необходимости более пристального внимания к вопросам профилактики стоматологических заболеваний, показывают нечетко выраженную тенденцию незначительного снижения распространенности кариеса зубов в 11-12-тилетнем возрасте. Также отмечается рост распространенности в более старших возрастных группах.

В период с 2010 по 2014 год по результатам исследования в г. Ош определено, что распространенность кариеса зубов в исследуемой группе составила 83,2 %. Распространенность кариеса зубов у 12-ти летних составила 82%. Интенсивность кариеса зубов в обследуемой группе составила 2,65. Компонент К-1,69, компонент П- 0,85, компонент У- 0,11. Распространенность кариеса зубов в итоге составила 90,7 %. Данные, в общем, согласуются с данными о распространенности стома-

тологических заболеваний в Ошской области, проведенными ранее. Интенсивность кариеса постоянных зубов составила 2,83. Составляющая индекса К-2,75, П-0,01, У-0,07. Распространенность кариеса зубов у 12-ти летних детей составила также 90,0%, интенсивность кариеса постоянных зубов 2,98. Составляющая индекса К-2,95, П-0, У-0,03. Интенсивность кариеса молочных зубов составила 2,72. Составляющая индекса к-2,71, п-0,01 [51,52,53].

Эпидемиология кариеса в Харьковском регионе показывает: показатель распространенности временных и постоянных зубов составил 86,1%, что свидетельствует о массовой заболеваемости согласно критериям ВОЗ. Интенсивность кариозного процесса КПУ+кп данной возрастной группы также оказалась высокой и составила $4,10 \pm 0,31$. Распространенность кариеса временных зубов составила 54,6% при интенсивности $4,19 \pm 0,29$, что определяется как средний уровень. В структуре индекса кп были равнозначными и составили соответственно 51% и 49%. Интенсивность кариеса постоянных зубов у обследованных детей по индексу ИКПз составила $3,18 \pm 0,28$ и оценивается как средняя [54].

По данным Э.М. Кузьминой, средняя распространенность кариеса временных зубов у 6-летних детей составила 73%, средняя интенсивность кариеса временных зубов – 4,76. Г.Н. Пахомов с соавторами отмечает более высокую распространенность (92%) и интенсивность кариеса временных зубов – 6 [55, 56].

Результаты обследования и лечения 400 детей, получивших медицинскую помощь в детской стоматологической поликлинике г. Курска показали, что распространенность кариеса зубов у детей 3, 6, 12 и 15 лет составила 78,4 % ($\pm 2,3$ %) [57]. При анализе полученных результатов установлено, что у детей 3-х лет распространенность кариеса временных зубов составила 47,8% ($\pm 5,3\%$) при среднем показателе интенсивности по индексу КПУ. Новые актуальные данные об уровне заболеваемости кариесом зубов у детей г. Курска характеризуют высокий уровень распространенности кариеса зубов у детей 6 и 15 (81,9 и 88,5% соответственно). Дети 6 лет имели более высокие значения индекса КПУ, который составил 4,9 [58].

Анализ результатов изучения распространенности кариеса временных и постоянных зубов у детей 6-11 лет в г. Нальчик, проведенного С.Р. Мамрешевым говорит о высокой распространенности и массовости данного заболевания по оценке ВОЗ. Интенсивность кариеса снижается к 10-11 годам (от $4,80 \pm 0,31$ до $4,03 \pm 0,18$) за счёт физиологической смены временных зубов, но увеличивается интенсивность кариеса постоянных зубов [59].

Распространенность кариеса зубов среди детей дошкольного возраста характеризуется как высокая — 89,27%. По данным индекса «кп» в среднем каждый ребенок Северного, Вилуйского, Южного и Центрального регионов Республики Саха (Якутия) имел от 5 и более 7 кариозных и пломбированных временных зубов. В структуре индекса «кп» у дошкольников Центрального региона ком-

понент «к» составил 5,11, компонент «п» - 0,40, в Вилуйском - 6,78 и 0,41, в Северном - 7,38 и 0,23, в Южном - 6,35 и 1,13 соответственно. Значительное преобладание компонента «к» над компонентом «п» создает предпосылки для увеличения количества зубов с осложненным кариесом, которое колебалось от 1,43 до 2,69. Осложненный кариес в свою очередь приводил к увеличению количества удаленных зубов до их физиологической смены, что выявлено во всех регионах (0,18-0,37). У детей школьного возраста также отмечается высокий уровень распространенности кариеса постоянных зубов - от 71,96 до 84,80%. По интенсивности поражения минимальный показатель был выявлен у детей Южного региона (3,40), максимальный - в Вилуйском регионе, где он в 1,38 раза выше. В среднем у детей школьного возраста имеется по 4,29 кариозных, пломбированных и удаленных зубов, средний индекс КПУп - 4,67. У детей старшего школьного возраста отмечается очень высокий уровень распространенности кариеса, который в возрастных группах достигал значений 98,41-100%. Интенсивность кариеса зубов у подростков варьировала в различных пределах. Так, у детей Южного региона отмечается достоверно низкий уровень значений по сравнению с Вилуйским, Северным и Центральным ($P < 0,05$). При этом среднее значение индекса КПУ у подростков составило 10,04. Индекс КПУп различался по регионам. Максимальный уровень отмечался в Северном и Вилуйском регионах - 0,99 и 1,00, в Южном и Центральном регионах он соответствовал 0,70 и 0,91. Сред-

нее значение индекса КПУп в 1,08 раза выше такового индекса КПУ [60].

Анализ показателей кариеса зубов в ключевых возрастных группах (по ВОЗ) свидетельствует о том, что у 3-летних детей отмечается высокий уровень поражаемости кариесом временных зубов, здесь же было отмечено первое удаление временных зубов по поводу осложненного кариеса. У 6-летних детей поражение постоянных зубов кариесом происходит сразу же после их прорезывания. В 12 лет высокий уровень распространенности кариеса сочетается с очень высоким уровнем интенсивности, что свидетельствует о значительном росте поражаемости зубов у детей данной возрастной группы - 6,83 и выявляет негативную тенденцию [61, 62, 63].

По данным исследования профессора Г.С. Чолоковой, распространенность стоматологических заболеваний у детей КР составила 94,8%. Интенсивность кариеса зубов КПУ - 3,2 (К - 2,6; П - 0,4; У - 0,2), кп = 1,9 (к - 1,5; п - 0,4). Распространенность кариеса зубов среди детей в 12 лет составляет 94,7%; интенсивность КПУ - $3,36 \pm 0,22$ (К - 2,94; П - 0,26; У - 0,16) [64].

Одним из наиболее информативных методов в изучении эпидемиологии основных стоматологических заболеваний явилось использование Европейских индикаторов для оценки стоматологических заболеваний, которые подробно описаны в статье наших соотечественников. В статье описаны данные субъективных индикаторов (т.е. анкетирование ключевых возрастных групп), а также результаты объективных индикаторов [65].

Изучая распространенность кариеса зубов среди сельских и городских детей в Марийской АССР, Г.И. Малышев (1956) [66] установил, что у городских детей этот показатель выше. Подобную точку зрения высказала и Н.Е. Потатуркина (1966) на основании исследования, проведенного в Семипалатинской области [67]. Г.А. Новгородцев (1962) подчеркивал необходимость разработки единых принципов изучения стоматологической заболеваемости населения разных территорий - тогда исследования давали бы информацию, очень важную для научного планирования сети лечебно-профилактических стоматологических учреждений, подготовки и расстановки врачебных кадров [68]. Работой, в которой предлагалась такая методика и рекомендовались основные показатели стоматологической заболеваемости, стала статья В.П. Рудько (1964) «Принципы и методика изучения стоматологической заболеваемости», в которой автор точно обосновал методику медицинских осмотров для определения стоматологической заболеваемости населения. Он отмечал, что для определения степени

распространенности кариеса зубов у различных групп населения были предложены различные варианты параметров, имеющие свои преимущества и свои недостатки. Но для возможности сопоставления результатов обследования, необходимо применение единых параметров. По мнению автора, статистическая обработка результатов обследования должна осуществляться по правилам вариационной статистики с обязательным определением достоверности полученных результатов [68].

Yaraani R. и др. определили, что среди 15-летних подростков - жителей Тегерана (Иран) (506 человек), 40% нуждались в лечении кариеса, 24% - в удалении зубных отложений и 100% - в гигиеническом обучении [69].

Заключение. Изучение опубликованных источников показало, что состояние пораженности кариесом зубов у детей диктует необходимость усовершенствования имеющихся методов профилактики кариеса и внедрения лечебно-профилактических программ для детей младшего школьного и дошкольного возраста.

Литература

1. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний [Текст] / В.К. Леонтьев, Г.Н. Пахомов. – М., 2006. – 416 с.
2. Тучик, Е.С. Процессуальные основы организации производства стоматологических экспертиз при оценке качества оказываемой стоматологической помощи [Текст] / Е.С. Тучик, В.И. Полуев, А.А. Логинов // Труды VI съезда СтАР. – М., 2000. – С. 53-56.
3. Тучик, Е.С. Об уголовной и гражданской ответственности врачей и среднего медицинского персонала за профессиональные правонарушения II Стоматология на пороге третьего тысячелетия: сб. тезисов. – М.: Авиасиздат, 2001. – С. 119-120.
4. Лукиных, Л.М. Профилактика кариеса зубов и болезней пародонта [Текст] / Л.М. Лукиных. – М.: Медицинская книга, 2003. – 196 с.

5. Лукиных, Л.М. Профилактика основных стоматологических заболеваний в условиях района крупного индустриального города: дисс. ... д-ра мед. наук: 14.00.21 / Лукиных Людмила Михайловна. – Н.Новгород, 2000. – 310 с.
6. Гажва, С.И. Состояние детской стоматологической службы г. Владимира [Текст] / С.И. Гажва, С.А. Адаева // Материалы межвузовской конференции молодых ученых. Москва – Ярославль – Н.Новгород – Чебоксары – Москва – 2006 – С. 23-24.
7. Яновский, Л.М. Профилактика в XXI веке [Текст] / Л.М. Яновский // Стоматология. 2003. - № 3. - С. 61-63.
8. Борисенко, А.В. Кариез зубов [Текст] / А. В. Борисенко. — Киев: Здоровья, 2005. — 246 с.
9. Сутиева, Э.Т. Особенности профилактики стоматологических заболеваний у детей, проживающих в очагах йодного дефицита [Текст] / Э. Т. Сутиева // Стоматология детского возраста и профилактика. — 2002. — № 3–4. — С.16-18.
10. Есембаева, С.С. Стоматологическая заболеваемость сельских жителей восточного Казахстана [Текст] / С.С. Есембаева, С.Б. Ибраева, З.Т. Манекеева // Dentist Казахстан. — 2006. — № 1(3). — С.18–21.
11. Зубцов, В.А. Профилактическое действие в полости рта сахарозаменителей и особенности их метаболизма (экспериментальное исследование) [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен.ст. д-ра мед. наук: 14.01.14, 03.01.04 / Зубцов В.А. — Тверь, 2010. — 51 с.
12. Зубцов, В.А. Оценка механизма биохимического действия пицевых сахарозаменителей [Текст] / В.А. Зубцов Н.Ф. Трусова, Д.Д. Сумароков // Материалы VII Всероссийского конгресса врачей. — М., 2003. — С. 197–198.
13. The effect of fluorides and caries in primary teeth on permanent tooth emergence [Text] / [K. Avlund, P. Holm-Pedersen, D.E. Morse/ et al.] // Community Dentistry and Oral Epidemiology. — 2003. — Vol.31. — № 6. — P.454–463.
14. Bragin, A.V Integrative analysis of mechanisms of dental caries occurrence and development. Proceedings of international scientific. Interdisciplinary workshop. «New technology in integrative medicine and biology». «Stress and extreme conditions» [Text] / A.V Bragin. -Bangkok — Pattaya, 2006. - s. 15–16.
15. Лайфер, Б. О порче зубов у детей школьного возраста [Текст] / Б. Лайфер // Зубоврач. вестник. -1892.- №8.- С. 301-303.
16. Шишнияшвили, Т.Э. Кариез зубов среди школьников Грузии и содержание фторида в питьевой воде [Текст] / Т.Э.Шишнияшвили // Материалы Международного конгресса стоматологов. - Тбилиси, 1997. - С.88-91.
17. Лимберг, А.К. О зубах у учащихся и организации зубоврачебной помощи в школах [Текст] / А.К. Лимберг // Зубоврачебный вестник. 1900. - №6. - С. 303-319.
18. Пудкевич, А.А. О состоянии зубоврачебной помощи населению (по данным анкет) [Текст] / А.А. Пудкевич // IV Делегатский от зубоврачебных обществ съезд в Москве. - М., 1913. - С. 120 - 135.
19. Курбанов, З.О. Эпидемиологические аспекты основных стоматологических заболеваний взрослого населения Республики Дагестан [Текст]: дисс.на соиск. уч. степ. канд. мед. наук: 14.01.14 / Курбанов З.О. - Махачкала, 2013.-118 л.

20. Елизарова, В.М. Экология, кариес и перспективы его профилактики [Текст] / В.М. Елизарова, Л.Н. Дрободько, М.В. Кузьминская // Достижения и перспективы стоматологии межд.науч.-практ.конф. 9-12 февраля 1999, Москва. -М., 1999. - С.152-155.
21. Борисенко, Л.Г. Обоснование новых методов лечебно-профилактической работы для населения пожилого возраста.: материалы конгресса (III съезд) стоматологов Казахстана. [Текст] / Л.Г. Борисенко. - Алматы, 2003. - С.169-173.
22. Боровский, Е.В. Влияние реминерализующих средств на изменение проницаемости твердых тканей зубов [Текст]/ Е.В. Боровский, Н.И. Сазонов, В.В.Кочержинский // Стоматология. - 1975. - № 4. - С. 1 - 5.
23. Лукиных, Л.М. Мотивирование формы гигиенического воспитания подростков [Текст]/ Л.М. Лукиных // Матер. VIII и XI Всерос. науч.-практ. конф. Тр. VII съезда Стомат. Ассоц. России. - М., 2002. - С. 62-64.
24. Якимова, Ю.Ю. Научное обоснование медико-социальной профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста с учетом антенатальных факторов риска [Текст]: дисс.на соиск. уч. степ. канд. мед. наук: 14.00.33, 14.01.21 / Якимова Ю.Ю. – Казань, 2006. - 156 л.
25. Распространенность и интенсивность кариеса зубов, заболеваний пародонта и зубочелюстных аномалий у детей города Уфы [Текст]/ [С.В. Аверьянов, И.Р. Исхаков, А.И. Исаева и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 2. – С. 114.
26. Сельтiev, Т.Т. Состояние стоматологической службы в Кыргызской Республике в период перехода к рыночным отношениям [Текст] / Т.Т. Сельтiev // Проблемы стоматологии. – 2000. – № 3. – С. 87–89.
27. Каратаев, М.М. Стоматологическая помощь населению в условиях рыночных отношений [Текст] / М.М. Каратаев, Т.Т. Сельтiev // Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века. – Бишкек, 1998. – С. 525–529.
28. Кабулбеков, А.А. Совершенствование подходов к первичной профилактике кариеса зубов [Текст] / А.А. Кабулбеков, Ж.А. Кыстаубаева, С.Д. Суырбай // Dentist Казакстан. – 2007. – № 1. – С. 25–28.
29. Мамбетов, М.А. Общественное здравоохранение и его роль в охране здоровья человека [Текст] / М.А. Мамбетов // Здравоохранение Кыргызстана. – 2008. - №1. – С. 4-8.
30. Рисалиев, Д.Д. Анализ структуры расходов населения на медицинские услуги в сельской местности [Текст] / Д.Д. Рисалиев, М.М. Каратаев // Экономика здравоохранения. – 2005. – № 4. – С. 20–24.
31. Мейманалиев, Т.С. Кыргызская модель здравоохранения [Текст] / Т.С. Мейманалиев. – Бишкек: Учкун, 2003. – 688 с.
32. Касиев, Н.К. Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике [Текст] / Н.К. Касиев, Т.С. Мейманалиев // Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике (Планы, процесс и результаты внедрения) : Мат. конф. (Иссык-Куль, 9–12 июня 1999г.). – Бишкек, 1999. – С. 7–14.
33. Сельтiev, Т.Т. Оказание помощи населению в период перехода стоматологической службы на рыночные отношения [Текст]: метод. рекомендации для врачей-стоматологов / Т.Т. Сельтiev, С.У. Султанбаева. – Бишкек, 2000. – 17 с.
34. Сельтiev, Т.Т. Принципы оказания стоматологической помощи населению Кыргызской Республики в условиях рыночных отношений [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / Т. Т. Сельтiev. – Бишкек, 2000. – 26 с.

35. Султанбаева, С.У. Влияние гипоксии и миграции в горах на патологию зубочелюстной системы и особенности протезирования чабанов в условиях передвижной стоматологической амбулатории [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен.ст. д-ра мед. наук: 14.00.21 / Султанбаева С.У. – М, 1992. – 37 с.
36. Юлдашев, И.М. Парадигмы оптимизации стоматологической помощи жителям сельских регионов в контексте формирования системы общественного здравоохранения в Кыргызской Республике [Текст]: дис. на соиск. учен.ст. д-ра мед. наук: 14.00.21, 14.00.33 / Юлдашев И.М. – Бишкек, 2007. – 257 л.
37. Садовский, В.В. Применение высокотехнологичных методов в диагностике заболеваний зубов [Текст] / В.В. Садовский, И.А. Беленова, Б.Р. Шуმიлович // Институт стоматологии. – 2008. – Т. 38, № 1. – С. 74–75.
38. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость детского населения Нижегородской области [Текст] / Э.М. Кузьмина, С.Ю. Косюга // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – № 3–4. – С. 21–23.
39. Беленова, И.А. Индивидуальная профилактика кариеса зубов у взрослых [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен.ст. д-ра мед. наук: 14.01.14 / Беленова И.А. – Воронеж, 2010. – 48 с.
40. Шульженко, В.И. Вариант организации стоматологической помощи детям в современных экономических условиях [Текст] / В.И. Шульженко // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002. – № 1–2. – С. 14–15.
41. Леус, П.А. Новые критерии оценки стоматологической помощи и задачи профилактики [Текст] / П.А. Леус // VIII Всесоюзный съезд стоматологов. – Волгоград, 1987. – С. 38–39.
42. Гориславец, В.С. Внедрение программы профилактики стоматологических заболеваний у беременных в новых экономических условиях [Текст]: автореф. дис. на соиск. учен.ст. канд. мед. наук: 14.00.21 / Гориславец В.С. – Пермь, 2003. – 16 с.
43. Антонова, Г.А. Планирование медицинской помощи, ориентированной на пациента [Текст] / Г.А. Антонова, М. В. Пирогов // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 12. – С. 18–25.
44. Леус, П.А. Профилактическая и коммунальная стоматология: учебник / П.А. Леус. – М.: Медицинская книга, 2008. – 444 с.
45. Беленова, И.А. Применение высоких технологий в диагностике заболеваний зубов [Текст] / И.А. Беленова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2008. – Т. 7, № 4. – С. 1070–1073.
46. Chilcutt, A.S. Exploring leadership and team communication within the organizational environment of a dental practice [Text] / A.S. Chilcutt // JADA. – 2009. – N 10. – P. 1252–1258.
47. Масаева, Р.А. Определение состояния полости рта у больных нефролитиазом / Р.А. Масаева, Г.С. Чолокова, Н.К. Монолов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016. №6.- С. 123–125.
48. Вусатая, Е.В. Медико-социальные аспекты стоматологической заболеваемости взрослого городского населения и пути ее профилактики в современных условиях: дис. на соиск. учен.ст. канд. мед. наук: 14.00.33. –Рязань, 2007.-156 л.
49. Вусатая, Е.В. Влияние социально-гигиенических факторов на стоматологическую заболеваемость (обзор данных современной литературы / Е.В. Вусатая, Г.Я. Клименко, Ю.А. Итполитов) // Журнал теоретической и практической медицины. – 2005. – Т 3, № 1. – С. 88–93.

50. Исмаилов, А.А. Оценка мнений населения по стоматологической помощи (по данным анкетирования) // *Вестник Ошского государственного университета*. - 2009. - №4. - С.27-32.
51. Чолокова, Г.С. Индексы стоматологического здоровья у детей школьного возраста в Ошской области / Г.С. Чолокова, А.А. Исмаилов, А.М. Сыдыков // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2010. - №3. - С.82-85.
52. Чолокова, Г.С. Показатели заболеваемости кариесом зубов у детей школьного возраста в Ошской области / Г.С. Чолокова, А.А. Исмаилов, А.М. Сыдыков // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2010. - №3. - С.77-81.
53. Сыдыков, А.М. Эпидемиологическая оценка стоматологической заболеваемости в южных регионах Кыргызской Республики // *Молодой ученый*. — 2015. — №16. — С. 89-95.
54. Назарян, Р.С. Показатели распространенности и интенсивности кариеса зубов у детей 6-7 лет у детей Харьковского региона // *Украинский стоматологический альманах*. - 2013. - №1.- С. 93-95.
55. Кузьмина, Э.М. Стоматологическая заболеваемость населения России [Текст] / Э.М. Кузьмина. - М.: Информэлектро, 1999. - 228 с.
56. Динамика качества жизни пациентов при ортопедическом лечении в стоматологии / [В.А. Лопухова и др.] // *Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина*. - 2014. - № 1. - С. 76-80.
57. Динамика стоматологической заболеваемости детей при реализации программ профилактики в условиях школьного стоматологического кабинета / [О.Г. Аврамова и др.]// *Стоматология*. - 2016. - № 2. - С. 34-36.
58. Шестакина, Н.В. Изучение состояния здоровья населения: Оценка уровня заболеваемости кариесом зубов у детей города Курска [Текст] / Н.В. Шестакина, В.А. Лопухова // *Современные проблемы науки и образования*. - 2016. - № 6. - С. 133.
59. Анализ значений интенсивности и заболеваемости кариесом детей в возрасте от 6 до 11 лет в г. Нальчик / [С.Р. Мамрешева и др.]// *Международный научно-исследовательский журнал*. — 2016. — № 12 (54). - Часть 5. — С. 108—110.
60. Алексеева, Н.А. Клинико-физиологическое обоснование профилактики кариеса зубов у детей в Республике Саха (Якутия): автореф. дисс. на соиск. уч. ст. канд.мед.наук: 14.01.14 / Алексеева Н.А. - Якутск, 2010. - 23 с.
61. Ягья, Н.С. Распространенность кариеса зубов у школьников Якутской АССР: автореф. дис. на соиск. уч.ст. канд. мед. наук: 14.00.21 / Ягья Н.С. - М., 1967. -22 с.
62. Базиян, Г.В. Исследование распространенности стоматологических заболеваний у населения СССР, прогнозирование и планирование развития стоматологической помощи : автореф. дис. на соиск. уч.ст. д-ра мед. наук: 14.00.21 / Базиян Г.В. - М., 1971.-35 с.
63. Ушницкий, И.Д. Клинико-физиологические аспекты состояния органов и тканей полости рта у населения Республики Саха (Якутия) : дис. на соиск. уч. ст. д-ра мед. наук: 14.00.21 / Ушницкий И.Д. - Архангельск, 2001. — 262 с.
64. Чолокова, Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике: 14.01.14. - Бишкек, 2014.-161 с.

65. Чолокова, Г.С. Применение европейских индикаторов стоматологического здоровья детей Бишкека / Г.С. Чолокова, А.А. Калбаев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016. - № 2.- С. 87-90.

66. Малышев, Г.И. Кариез и пародонтит у больных с длительно протекающими заболеваниями // Тезисы докладов Всероссийской конференции стоматологов и зубных врачей. - М., 1956. – С. 10-11.

67. Расулов, И.М. Клинико-эпидемиологические аспекты стираемости твердых тканей зубов в Республике Дагестан: автореф. дисс. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук: 14.00.21 / Расулов И.М. - М., 2001. – 30 с.

68. Новгородцев, Г.А. Заболеваемость и определение потребности городского населения в амбулаторно-поликлиническом обслуживании по стоматологии: автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук / Новгородцев Г.А. - Л., 1965. – 22 с.

69. Курбанова, Э.А. Клинико-эпидемиологические и медико-гигиенические аспекты распространенности зубных отложений у населения Республики Дагестан: автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук: 14.00.21 / Курбанова Э.А. – Махачкала, 2006. – 24 с.

**НЕДИАГНОСТИРОВАННАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ РЕБЕНКА.
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА (случай из экспертной практики)**

М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Б.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: Kafsudmed@mail.ru

Резюме. Врожденная патология печени – частичная атрезия желчевыводящих внутрипеченочных протоков – является заболеванием с высокой летальностью – до 90% и очень трудно клинически и морфологически диагностируется. Билиарная атрезия характеризуется двумя процессами: полное отсутствие желчепроводящих путей и/или вялотекущим воспалительным процессом. На случае из экспертной практики доказана трудность прижизненной клинической диагностики данной патологии и доказательство ее только на основании гистологического исследования кусочков печени.

В данном случае врожденная патология печени-частичная атрезия внутрипеченочных желчных протоков-привела практически к скоропостижной смерти 2 летнего ребенка.

Ключевые слова: врожденная патология, атрезия внутрипеченочная, желчные, протоки, судебно-медицинская экспертиза.

**ЖАШ БАЛАНЫН ӨЛҮМҮНҮН АНЫКТАЛБАГАН СЕБЕБИ. СОТТУК-
МЕДИЦИНАСЫНЫН БААСЫ (эксперттик практикадан)**

М.Ш.Мукашев, Б.А. Асанов, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Б.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор - м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Боордун тубаса патологиясы же болбосо түтүкчөлөрүнөн өттүн өтпөй калышы оору, көпчүлүк учурда - 90% га чейинкиси өлүмгө дуушар кыла турган оору болуп, клиникалык жана морфологиялык аныктоодо кыйынчылык туудурат. Өт түтүкчөлөрүнүн жолдору жабык болгон (билиарная атрезия) чанда жолугуучу патология жана ал эки жол менен мүнөздөлөт: өт чыгаруучу түтүкчөлөрүнүн жолдорунун толук жоктугу жана жай сезгенүү процесси. Мындай патологияны тирүү кезинде клиникалык аныктоо кыйындык туудурат. Бул ооруну тирүү кезде аныктоонун

кыйынчылыгын жана аны аныктоо боордун кесимдисин гистологиялык изилдөө гана аныкташ мүмкүчүлүгүн эксперттик практикада көргөзүлдү.

Жогоруда айтылган окуядагы боордун тубаса патологиясы же боордун ички түтүкчөлөрү өрчүбөй калган учурда 2 жаштагы баланын тез арада өлүмгө дуушар болушуна алып келди.

Негизги сөздөр: тубаса патология, боордун ички өт түтүкчөлөрүнүн бүтүгү, өттүк түтүкчөлөр, соттук – медициналык экспертиза.

UNDIAGNOSED CAUSE OF DEATH OF A CHILD. FORENSIC MEDICAL EVALUATION (case from expert practice)

M.Sh. Mukashev, A.E. Turganbaev, B.A. Asanov, Toktosun u. B.
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Congenital liver pathology - partial atresia of the bile-excreting intrahepatic ducts is a disease with high mortality of up to 90% and is very difficult clinically and morphologically diagnosed. Biliary atresia is characterized by two processes: the complete absence of the biliary tract and or sluggish inflammatory process. On the case of expert practice, the difficulty of an in vivo clinical diagnosis of this pathology and the establishment of a diagnosis based on histological examination of pieces of the liver has been proved.

In this case, the congenital pathology of the liver, partial atresia of the intrahepatic bile ducts led almost to a sudden death of a 2-year-old child.

Key words: congenital pathology, intrahepatic atresia, bile ducts, forensic medicine.

В судебно-медицинской практике встречаются разнообразные случаи диагностики причин смерти при редко встречающихся патологиях организма и видах травм, при исследовании которых судебный медик должен ориентироваться в вопросах смежных медицинских специальностей [1].

Как последствия дисэмбриогенеза, встречаются и врожденные патологические развития органов и тканей в виде врожденных пороков сердца и коронарных сосудов, обусловившие развитие кардиомиопатии диагностированной только на аутопсии при скоропостижной

смерти ребенка 8 лет [7,8].

Среди врожденных пороков развития, могущих быть причиной скоропостижной (внезапной) смерти детей, встречаются и патологии печени [9] при жизни не диагностированных, а на аутопсии принятых за гепатит. Речь идет об атрезии желчевыводящих путей.

Атрезия желчевыводящих путей (билиарная атрезия) относится к внутриутробным порокам развития и диагностируется, в среднем, у одного ребенка на 20000 новорожденных. При данной патологии в течение 2-3 месяцев у младенцев развивается билиарный цирроз

печени [10]. Билиарная атрезия характеризуется полным отсутствием желчепроводящих путей и/или вялотекущим воспалительным процессом, развивающимся внутриутробно и приводящем к частичному или полному сужению просвета желчных ходов внепеченочных тканей. Летальность до 90%[9].

Приводим случай из экспертной практики. Данный случай интересен тем, что при наличии частичной атрезии внутри печеночных желчных протоков (гистологически) ребенок погибает в возрасте 2 года 2 месяца. Заключение №54 от 7.02.2018 года комиссионной судебно-медицинской экспертизы. Вопросы постановления касались в основном правильности (неправильности) оказания медицинских услуг врачом ГСВ, причины смерти ребенка и причинно-следственной связи смерти ребенка с действием (бездействием) врача ГСВ. Обстоятельства дела: В связи с жалобами ребенка на боли в животе 01.07.2017г. мать обратилась к врачу ГСВ, которая с целью понижения температуры тела сделала инъекцию анальгина и димедрола и отпустила домой. 02.07.2017г. в связи с резким ухудшением состояния больного, родители привезли в районный центр и ребенок в срочном порядке был госпитализирован в реанимационное отделение, где в течении 30 минут ребенок скончался. В связи с тем, что в анамнезе имелись сведения о том, что ребенок, до начала болезни дома в семье употреблял “шпроты”, были исследованы 2 банки шпрота из того магазина. Результаты санитарно-эпидемиологического анализа по физико-химическим и бактериологическим показателям соответствовали стандар-

там. В связи с этим версия пищевой интоксикации или токсикоинфекции была исключена.

Данные истории болезни №2121/215 реанимационного отделения на имя Б., 2015г.р.: Поступил 02.07.2017г. в 03:30м. Сознание отсутствует, кожные покровы бледные, мраморной окраски. Живот увеличен, вздут умеренно, печень при пальпации плотная, увеличена на 3-4 см. от нижнего края реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. Диагноз: кома неясной этиологии. Полиорганный недостаточность. При ухудшении состоянии наступила клиническая смерть. Реанимация безуспешна. Посмертный диагноз: Инфекционно-токсический шок неясной этиологии. Сердечно-сосудистая, полиорганный недостаточность?

При судебно-медицинском исследовании трупа (заключение №26 от 02.07.2017года):

При наружном исследовании следов телесных повреждений не обнаружено. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Печень резко желтоватого цвета, размерами 24x16x9,5см, весом 950,0, плотная на ощупь. На разрезе ткань желтоватого цвета, малокровная. В желчном пузыре в небольшом количестве темно-оливкового цвета желчь, желчный проток проходим. На дополнительные исследования взяты внутренние органы и их кусочки. При микробиологическом исследовании: №92-анализ крови-роста нет; №87-анализ желудка с содержимым-обнаружена кишечная палочка; №91-анализ толстого кишечника-обнаружен протеус мирабилис; №90-тонкого кишечника-обнаружен протеус

мирабилис; №89-анализ почки-протеус мирабилис; №88-печени и желчного пузыря – протеус мирабилис.

При судебно-гистологическом исследовании печени от 14.07.2017 г.: печень-гепатоциты с нечеткими границами, вакуолизированы, ядра сохранены. Междольевые границы нечеткие. Круглоклеточный инфильтрат. Местами полнокровны. Судебно-медицинский диагноз: Острый гепатит неизвестной этиологии. Острая печеночная недостаточность. Отек легких и головного мозга. Острое малокровие внутренних органов. Причиной смерти определена острая печеночная недостаточность в результате острого гепатита неизвестной этиологии.

При производстве комиссионной судебно-медицинской экспертизы нами пересмотрены стеклопрепараты (акт №39/315): печень-балочное строение не нарушено, диффузная инфильтрация портальных трактов, между дольками очаговое разрастание соединительной ткани с лимфоцитарной инфильтрацией, в части балок отсутствуют желчные протоки, сосуды сформированы. Заключение: частичная атрезия внутривнутрипеченочных желчных протоков, гепатит.

Литература

1. Редкий случай смерти молодой женщины, обусловленный дисэмбриогенетическим незавершенным поворотом кишечника / П.Н. Ширин, В.В. Тихонов, С.В. Савченко и др. // Вестник судебной медицины. – 2017. - №1, т.6. - С. 41-43.

2. Случай смерти от редкого врожденного порока сердца (синдром “Бланд-Уайта-Гарленда”) / Ю.А. Дмитриева, А.В. Голубе-

ва, М.Г. Шегеда и др.] // Вестник судебной медицины. - 2016. - №3, т.5. - С. 48-53.

Экспертной комиссией изучена представленная следователем история развития ребенка (форма 112/у). Без особенностей.

Описанный нами случай, очевидно, относится ко второму процессу билиарной атрезии [9], когда атрезия была частичной и процесс принял хронический процесс, развивающийся в течение 2 лет. Безусловно, диагностика данной патологии при жизни представляла очень большие сложности и смерть ребенка была непредотвратимой, т.к. летальность при этой болезни (до пересадки печени) достигает 90%, после пересадки - до 40%.

Значение данного экспертного случая не только в трудностях клинической, секционной диагностики редкого врожденного заболевания, но и в том, что подобные патологии могут проходить без желтухи и к смерти приводят в достаточно короткие сроки от момента появления каких-то клинических признаков заболевания.

Этот случай интересен и тем, что при обращении за медицинской помощью и летальных исходах, возникает вопрос о профессиональных правонарушениях медицинских работников.

3. Калмин, О.В. Аномалии развития органов и частей тела человека: справочное пособие / О.В. Калмин, О.А. Калмина.- Пенза: ПГУ, 2004. -403 с.

4. Старикова, И.Ф. Случай смерти ребенка при врожденной диафрагмальной грыже / И.Ф. Старикова, С.В. Савченко, В.П. Новоселов// Вестник судебной медицины. – 2015. - №4, т.4. - С. 24-26.

5. Диафрагмальный дефект как причина смерти во время гастроскопии / [М.Ш. Мукашев, К.С. Касымалиев, А.И. Исиралиев и др.] // Судебно-медицинская экспертиза в Казахстане. – 2004. - 3(12).- С. 43-45.

6. Кураметов, Б.Т Редкая врожденная патология 1-го шейного позвонка / Б.Т. Кураметов, Ю.М. Охвват, М.Б. Кудайбергенов // Судебно-медицинская экспертиза в Казахстане. – 2003. - 1(6). - С. 33.

7. Миролюбов, Л.М Врожденные пороки сердца у новорожденных и детей первого года жизни.- Казань: Медицина, 2008.- С.132-144.

8. Наблюдение скоропостижной смерти ребенка в результате кардиомиопатии на фоне патологического отхождения левой коронарной артерии / [В.П. Новоселов и др.] // Вестник судебной медицины – 2013. - №1, том 2. - С. 50-52.

9. Дмитриева, О.А. Билиарная атрезия печени как причины смерти новорожденного О.А. Дмитриева, А.В. Голубева, И.Б. Баканович // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. – 2018. - вып. 4 (25). - С. 218-226.

10. Готье, С.В. Трансплантация печени / С.В. Готье, Б.А. Константинов, О.М. Циркульникова.- М :Мед.информ. агентство, 2008.-246 с.

ПРАВОВЫЕ И СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СВЯЗИ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ УХОДОМ

М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Б.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Снижение показателей рождаемости и повышение продолжительности жизни в мировом масштабе привело к увеличению доли людей в возрасте старше 60 лет. Такая ситуация наблюдается и в нашей стране, о чем свидетельствует наличие 8-ми домов престарелых, в которых живут более 700 лиц пожилого и престарелого возраста. Количество лиц пожилого и престарелого возраста, находящихся под опекуном или присмотром доверительных лиц в домашних условиях, неизвестно. При ненадлежащем уходе и жестоком обращении с ними возникают различные повреждения в виде алиментарной дистрофии, кахексии, пролежней, которые могут быть непосредственной причиной смерти таких лиц. Факт доказательства таких изменений в организме пожилых и престарелых лиц принадлежит судебно-медицинским экспертам, а правоприменители должны дать юридическую оценку действий. Рекомендуется в законодательной форме оформить юридическую ответственность за ненадлежащий уход и жестокое обращение с пожилыми и престарелыми людьми.

Ключевые слова: пожилые, престарелые люди, ненадлежащий уход и жестокое обращение, судебно-медицинская экспертиза, пролежни, осложнения, причины смерти.

УЛГАЙГАН АДАМДАРДЫН ТУУРА ЭМЕС БАГУУДА ЖАРАЛГАН СОТТУК МЕДИЦИНАЛЫК ЖАНА УКУКТУК КӨЙГӨЙЛӨРҮ

М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов, А.Э. Турганбаев, Токтосун у. Б.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Төрөлүүдөгү корсөткүчтордун төмөндөшү менен жашоонун узарышы жана жогорулашы дүйнөлүк масштабта 60 жаштан жогорку жаштагы адамдардын көбөйүшүнө алып келүүдө. Мындай жагдай биздин өлкөдө да байкалат. Буга далил катары 700 дөн ашуун кары-картаңдардын сегиз карылар үйүндө жашап жатканы күбө. Үй шарттарында ишенимдүү адамдардын карамалыгында турган улгайган жана картаң адамдардын саны белгисиз. Аларды туура эмес багууда жана аларга орой ма-

миле жасагандын кесепетинде ар кандай оруулар пайда болот, алиментардык дистрофия, кахексия, жатан жаралары (пролежни) түрдөгү зыян келтирилген жагдайлар түздөн-түз өлүмгө алып келүүнүн себеби болот. Кары-картаңдардын организмдеги мындай өзгөрүүлөрдү далилдеш соттук-медициналык эксперттерге тийиштүү иш. Ал эми укук сактоо жана укук колдонуучулар болгон иштин юридикалык баасын бериш керек. Улгайган жана картайган адамдарга орой мамиле жана туура эмес багуу жөнүндө мыйзам ченеминде юридикалык жоопкерчиликти киргизүү сунушталат.

Негизги сөздөр: карылар, картаң адамдар, жетишсиз багуу жана ырайымсыздык мамиле, соттук-медициналык экспертиза, жатан жаралары, кабылдануу, өлүмдүн себеби.

LEGAL AND FORENSIC PROBLEMS OF ELDERLY PEOPLE DUE TO INADEQUATE CARE

M.Sh. Mukashev, A.E. Turganbaev, B.A. Asanov, Toktosun u. B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The decline in birth rates and increased life expectancy on a global scale has led to an increase in the proportion of people over the age of 60 years. This situation is observed in our country, as evidenced by the presence of 8 rest houses, in which more than 700 people of elderly and old age live. The number of elderly and old age under the guardianship or supervision of home care is not known. With inadequate care and harsh treatment of them, various injuries occur in the form of alimentary dystrophy, cachexia, and bedsores, which can be the direct cause of death of such persons. The fact of evidence of such changes in the body of elderly and old aged persons belongs to the forensic experts, and law enforcers must give a legal assessment of the actions. It is recommended that the legal form of legal responsibility for the inadequate care and harsh treatment of the elderly and old age people.

Key words: the elderly, the old-aged, inadequate care and harsh treatment, forensic medical examination, bed sore, complications, causes of death.

Снижение показателей рождаемости и повышения продолжительности жизни в мировом масштабе привело к увеличению доли людей в возрасте старше 60 лет. По данным ВОЗ, в период с 2000 до 2050 г. численность пожилых людей возрастет более чем в 3 раза с 600 млн. до 2 млрд. Эти процессы приближают

время, когда пожилых людей в мире будет больше, чем молодых [1].

Ожидаемая и уже имеющаяся демографическая диспропорция будет иметь ряд серьезных последствий для людей пожилого и старческого возраста в силу увеличения расходов на оказание им качественной медицинской помощи и в сфе-

ре социальных услуг для данной категории населения. Последствия преклонного возраста усугубляются ослаблением, порою отсутствием семейной поддержки, низким качеством ухода за родственниками. В настоящее время одиночество пожилых людей и лишение их семейной поддержки обусловлено и миграцией родных, детей в поисках лучшей жизни за рубежом.

Во всем мире большую обеспокоенность общественности, социальных структур, органов здравоохранения и правопорядка вызывают факты домашнего насилия и пренебрежительного отношения к пожилым людям в семье, медицинских учреждениях, домах престарелых.

По данным ВОЗ, в масштабах всего Европейского региона риску жестокого обращения подвергаются не менее 4млн. пожилых людей, из них около 2500 умирают по этой причине [2], а в США жестокому обращению каждый год подвергаются сотни тысяч престарелых граждан[3].

Понятие “жестокое обращение” ВОЗ определяет как однократное или повторяющееся действие или бездействие, нанесшее ущерб или страдания пожилому человеку и возникшее в доверительных отношениях[2]. Жестокое обращение есть не что иное, как правонарушения, совершаемые в отношении пожилого человека лицом, которому он доверяет или от которого зависит. Если правонарушения совершаются абсолютно посторонним человеком, их следует относить к категории криминальных действий [4].

За рубежом насилие над пожилыми людьми классифицируют на следующие категории:

1. Физическое насилие (удары, шлепки, толчки, нанесения увечий различными предметами и т. д.);
2. Психологическое (эмоциональное насилие, насмешки, оскорбления, угрозы, унижения и т.д.);
3. Финансовая эксплуатация (использование денежных средств или имущества, принадлежащего пожилому человеку без его разрешения, ограничение возможности использования пожилым человеком своих сбережений);
4. Сексуальное насилие (любые насильственные действия сексуального характера);
5. Подавление (ограничение прав и свобод пожилого человека, в том числе возможности перемещаться по дому и контактировать с внешним миром);
6. Пренебрежение заботой (действие или бездействие со стороны родственника или служащего, ответственного за уходом пожилого человека, приведшие к лишению жизненных потребностей).

Из перечисленных категорий жестокого обращения наиболее часто встречается пренебрежение заботой о престарелых (ненадлежащий уход).

Целью настоящей статьи является привлечение внимания врачей, медицинских сестер, социальных работников, правозащитников, органов правосудия, судмедэкспертов на факт наличия такого явления, как жестокое обращение с пожилыми и престарелыми людьми и судебно-медицинскую оценку последствий жестокого обращения, в данном случае

пренебрежения заботой о беспомощном пожилом человеке.

Факты жестокого обращения с пожилым и/или ненадлежащего ухода за ними часто скрываются, а если тело умершего подвергается патологоанатомическому или судебно-медицинскому исследованию, то последствия ненадлежащего ухода, например, пролежни, остаются вне поле обсуждения прозектора или судебно-медицинского эксперта и принимаются как последствия трофических нарушений, не предполагая о том, что они явились следствием ненадлежащего ухода. Следовательно, факт пренебрежения заботой как правонарушение, остается вне правовой оценки. В связи с этим многие исследователи данной проблемы [3] считают, что подобное скрытое преступление касается значительно большего числа пожилых людей, чем представлено в сведениях официальной статистики и правоприменительной практике.

К жестокому обращению с пожилыми людьми обычно побуждают два фактора: прогрессирующая неспособность выполнять ими активные действия по самообслуживанию и наличие у них признаков умственных нарушений.

Мы к этим двум факторам смело добавляем и третий фактор – переломы костей таза, нижних конечностей, лишаящих пожилого человека возможности передвижения и самообслуживания.

По мнению [5-10], к насилию предполагают факты предшествующего домашнего насилия и асоциального поведения в семье, злоупотребление алкоголем, наличие у пострадавшего хронических заболеваний, сопровождающихся недержанием кала и/или мочи, а также сопро-

тивление и нежелание быть направленными в дома престарелых или в иные заведения социальной помощи и/или альтернативного ухода.

При судебно-медицинском исследовании трупов пожилых и престарелых лиц, доставленных из домов или домов престарелых, судмедэксперт должен помнить о возможном лишении человека надлежащего ухода и о возможной причинной связи наступления смерти с жестоким обращением (ненадлежащим уходом). В таких случаях особая роль отводится судебно-медицинской оценке пролежней, иногда осложненных флегмоной, абсцессом, гнойным затеком, газовой флегмоной, анаэробной инфекцией, кортикальным остеомиелитом, нередко и сепсисом [11].

Специалисты в области клинической геронтологии отмечают самые различные патологические состояния, приводящих пожилых людей к постели и увеличивающих риск образования у них пролежней. Опасность развития пролежней усугубляют плохое питание и малая масса тела, анемия, белковый и витаминный дефицит, обезвоживание, гипотония, неврологические расстройства, сахарный диабет, травмы позвоночника, костей таза, плохой уход, недержание мочи /или кала.

Трудно заживающие пролежни (тем более при ненадлежащем уходе или отсутствии его) являются потенциально смертельными своими осложнениями. Судебно-медицинский эксперт должен знать патоморфологию пролежней и уметь высказать обоснованное заключение о причинной связи между пролеж-

нями и такими осложнениями, как сепсис.

Патоморфологические изменения в пролежнях протекают стадийно:

- Стадия 1: эритема без побледнения, пораженная область теплая на ощупь, болезненна.

- Стадия 2: Нарушение целостности кожи, ограниченное дермой. Экскориации. Наличие пузырей с отделяемым. Эритема выражена более ярко, повышены температуры пораженной области. Отек.

- Стадия 3: Формирование язвы с отделяемым (язва распространяется не глубже дермы), заживление под струпом.

- Стадия 4: Язвы распространяются на мышцу или кость. Некроз прилегающих тканей (видимое повреждение не отражает истинной площади некроза). Грануляция и эпителизация по краям раны [12].

Экспертное заключение об оценке причинной связи смерти с осложнениями пролежней играет незаменимую роль в интерпретации качества медицинской помощи, надлежащего (ненадлежащего) ухода и имеет значительное влияние в гражданских и уголовных процессах [13].

На сегодняшний день по республике имеется 8 домов интернатов для престарелых людей, в которых, по данным пресс-службы Министерства труда и социального развития КР от 01.03.2017 г. содержится 792 человека [14]. Количество же пожилых и престарелых, находящихся на попечении родственников и других доверительных лиц неизвестно и не исключено, что под естественной смертью пожилых и престарелых лиц

могут быть завуалированы осложнения ненадлежащего ухода или его отсутствия, что требует моральной и правовой оценки.

В УК КР 2015 года [15] предусмотрены статьи о оставлении в опасности (121 ст.), об уклонении детей от содержания родителей (ст.163) и жесткое обращение с животными (ст.264). К сожалению, в действующем УК не предусмотрены статьи касательно ненадлежащего ухода, жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми, т.е. механизма правовой оценки, кроме моральной, не имеется. Подобные преступления относятся к категории латентных и малодоказуемых, т.к. люди преклонного возраста боятся заявлять о насилии в их семье и не верят в защиту своих прав.

В таких случаях особенно важная роль отводится медицинским работникам (врачи скорой помощи, семейные врачи и медсестры) и сотрудники социальных органов и опеки.

В качестве примера приведем случай из нашей экспертной практики. Заключение №236 от 16.05.2016 года. Из постановления о назначении комиссионной судебно-медицинской экспертизы известно, что 08.09.2015 года поступило сообщение в УВД Свердловского района г. Бишкек по факту скоропостижной смерти гр. Ф., 1938 г.р. Судебно-медицинским исследованием трупа причиной смерти установлен ХИБС. На основании заключения эксперта принято решение об отказе в возбуждении Уголовного дела. Однако 15.09.2015 г. с заявлением в СО УВД обратился внук покойной Ф., 1988 г.р., с просьбой принять меры в отношении Д., которая войдя в

доверие покойной, оформила дом на себя. 26.02.2016 г. по данному факту в отношении гр-ки Д. возбуждено уголовное дело по ст.166 ч.3 УК КР (мошенничество). На разрешение комиссионной судебно-медицинской экспертизы поставлены вопросы:

1. Правильно ли был установлен диагноз покойной Ф. при жизни врачом БНЦТиО и правильно ли было назначено лечение?

2. Соответствовало ли проводимое больному лечение установленному диагнозу?

3. В полном ли объеме оказана медицинская помощь больному?

4. Если нет, то какие мероприятия следовало бы еще провести?

5. Допустимо ли было оставление пациента в доме без присмотра при установленном диагнозе?

6. Нет ли в данном случае признаков, по которым можно судить о плохом уходе?

7. Не явился ли плохой уход, причиной ухудшения ее состояния, и причиной ее смерти?

8. Какова причина смерти?

9. Имеется ли причинная связь между ненадлежащим уходом и причиной смерти покойной, если да то в чем заключается?

При первичном судебно-медицинском исследовании трупа гр-ки Ф., к сожалению, наличие пролежневых участков ягодичной области и нижней трети правой голени не описаны. По данным представленной в распоряжение комиссионной судмедэкспертизы амбулаторной карты №1870 ГСВ-4 и справки городского травм.пункта, гр-ка Ф. получила

травму 10.02.15г. Диагноз: ЗЧМТ, Перелом шейки бедра справа. От госпитализации опекун Д. отказалась. Проведена беседа о профилактике пролежней.

Экспертной комиссией изучены ряд объяснительных, в том числе объяснительные врачей и соседей, квартального, свидетельствующие о очевидном ненадлежащем уходе за больной (опекун Д. закрывала без еды, плохой уход, истощена, пролежни, памперс в экскрементах. По крику потерпевшей о помощи, приходилось взламывать замок на двери.)

В показаниях участкового врача: При осмотре мною установлено, что дома жилищно-бытовые условия было неудовлетворительное санитарное состояние тоже было неудовлетворительное, дом вонял, находилась без уборки... пониженного питания... 05.08.2015 года поступил вызов... ужасные бытовые условия, о чем сделала запись в амбулаторной карте... больной гипсовая лангета не наложена... нет времени опекунши... 07.08.2015 года при активном посещении... дверь дома была закрыта на висячий замок... 02.09.2015 года при активном посещении... на копчике имелись пролежни размером 1,5 см... так как не было должного ухода... жилищно-бытовые условия ужасные... 07.09.2015года я в 18.15 час пришла к больной, дверь дома была закрыта, Ф. была внутри дома кричала «откройте, откройте... звала на помощь... больной требуется активный постоянный уход, и оставление в закрытом доме оставалась дома одна, при этом закрыв дверь ее дома нам ограничивал доступ к ней».

В справке станции скорой помощи на запрос следствия от 06.01.2016 года: Скорую помощь вызвал опекун, Диагноз: Кахексия, Алиментарная дистрофия. Острый энтерит от 06.09.2015 г. Гиповолемический шок. Кома. Закрытый перелом шейки правого бедра от 15.07.2015 г. Пролежни. На себя вызвана реанимационная бригада №04. 6.08.09.2015 г. в 09ч.-15мин, бригада №04, врач Э. Повод: вызов бригады №12. Диагноз: Кахексия. Алиментарная дистрофия. Острый энтерит от 06.09.2015г. Гиповолемический шок. Кома. ОНМК? Закрытый перелом шейки правой бедренной кости от 15.07.2015г. Пролежни ягодичной области и нижней трети правой голени. Оставлена на месте.

Примечание: Показания и записи мед.документов изложены в редакции и грамматике указанных материалов.

С учетом данных предоставленных медицинских документов и объяснительных, экспертная комиссия пришла к выводу:

5. При переломах шейки бедра пациенту требуется постоянный уход, так как она в силу болезни самостоятельно не сможет принимать лекарства и передвигаться. Самостоятельно не может делать туалет и гигиенические процедуры, вследствие чего данное состояние требует постоянного ухода родственников или других лиц и оставление больных с данным диагнозом на длительное время без присмотра в доме категорически запрещается.

6. О плохом уходе (практически отсутствии ухода) свидетельствуют следующие факты.

а) Показание врача У. (л.д. 167, том 1 УД) – «...пониженного питания, на нижней трети голени имеется инфильтративная рана диаметром 3х3 см.»; - «при осмотре на копчике имелись пролежни размером 1,5см.»(л.д.214. том 1 УД).

б) Показание врача Д.О. (л.д. 118, том 2 УД) –«при осмотре были отеки стопы и гнойный запах от пролежни».

в) Показание фельдшера Т.к.И. (л.д. 173, том 2 УД) – «больная была кахетична, неухоженная, грязная, отмечались пролежни на крестце и на правой нижней трети голени».

г) Показания Б.А. (л.д. 175, том 2 УД) – «увидели под ней черви большого размера». Эти показания подтверждаются и фотографиями пролежней крестца и ягодичной области (л.д. 183, том 2 УД), хотя они не отражены в заключении эксперта за №997 от 09.09.2015 г.

д) Показания врача Б. (л.д. 185, том 2 УД), который ссылаясь на карту обслуживания скорой помощи, указывает, что был выставлен диагноз: «Кахексия, алиментарная дистрофия, острый энтерит... пролежни ягодичной области и нижней трети правой голени» и показаниями соседей, участкового, квартального.

Примечание: Показания и записи мед.документов изложены в редакции и грамматике указанных материалов.

7. Наличие травмы в виде перелома шейки бедра, абсолютно лишившего человека самостоятельного передвижения и самообслуживания, алиментарная (пищевая) недостаточность, интоксикация организма служили причиной развития пролежней и истощения организма (кахексии), которые отрицательно влияли на физиолого-функциональное состоя-

ние сердечно сосудистой, легочно-дыхательной систем, явившихся в конечном счете и причиной смерти Ф.

8. Непосредственной причиной смерти гр-ки Ф. явилась – Хроническая ишемическая болезнь сердца. Атеросклероз аорты и коронарных артерий сердца. Коронарокардиосклероз. Хроническая недостаточность кровообращения.

9. Интоксикация организма продуктами распада ткани из участков пролежней, алиментарная дистрофия (кахексия), как результат ненадлежащего ухода, безусловно, повлияли на течение хронических заболеваний в виде хронической ишемической болезни сердца, атеросклероза аорты и коронарных артерий сердца, коронарокардиосклероза, хронической недостаточности кровообращения, дисциркуляторной энцефалопатии, церебрального атеросклероза и способствовали более быстрому, раннему истощению функциональных резервов сердечно-сосудистой, легочно-дыхательной систем и наступлению смерти.

Проведенная по ходатайству обвиняемой Д. повторная комиссионная судебно-медицинская экспертиза (№ 104 от 27.03.2017г.) полностью подтвердила наши выводы.

В результате проведенных двух комиссионных судебно-медицинских экспертиз обвиняемая по ст.166 (мошенничество) и 121 УК КР (оставление в опасности) Д. признана виновной.

К сожалению, при первичной судебно-медицинской экспертизе не оценены пролежни, явления кахексии и не определены роль и место пролежней в танатогенезе, не исключено, что причиной

смерти могли быть непосредственные осложнения пролежней в виде сепсиса.

Выводы:

1. Доказательной базой ненадлежащего ухода и жестокого обращения с пожилыми и престарелыми людьми служат и объективно оформленные медицинские документы участковых врачей, патронажных медсестер, врачей станций скорой помощи.

2. При судебно-медицинском исследовании трупов пожилых и престарелых лиц, доставленных из домов-интернатов и из домов при неясных обстоятельствах смерти необходимо обращать внимание на наличие пролежней, признаков алиментарной дистрофии, кахексии.

3. Проблема ненадлежащего ухода за пожилыми и престарелыми людьми и жестокого обращения с ними при доверительных отношениях нуждается рассмотрении в рамках конкретной статьи в уголовном кодексе КР или кодексе о правах.

4. Своевременное выявление таких правонарушений, а также крупномасштабное финансирование и слаженное межведомственное взаимодействие государственных структур, общественных организаций и неправительственных объединений смогут повлиять на изменение ситуации в лучшую сторону.

Литература

1. Здоровье пожилых людей. Документационный центр ВОЗ. Информационный бюллетень. 2011 октябрь. -М.:ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2011.
2. *European report on preventing elder maltreatment* / [D. Sethi, S. Wood, F. Mitis et al.]. – WHO: Copenhagen, 2011.
3. Hunsaker, D.M *Elder abuse: challenges for clinical forensic specialists and forensic pathologists in the 21st century* / D.M. Hunsaker, J.C. Hunsaker // *Forensic pathology reviews*. – 2006. – Vol. 4. – P. 25-64.
4. Диагностические критерии ненадлежащего ухода за людьми преклонного возраста и их судебно-медицинское значение [С.В. Шигеев, А.В. Ковалев, В.А. Фетисов и др.]. // *Судмедэкспертизы*. – 2018. - №4.- С.48-53.
5. Swagerty, D.L. Jr. *Elder mistreatment* / D.L. Jr. Swagerty, P.Y. Takahashi, J.M. Evans // *Am Fam Physician*. – 1999. - №59. – P. 2804-2808.
6. *The national elder abuse incidence study: final report. National Center on Elder Abuse. Administration on Aging*. - Washington DC, 1998.
7. Pillemer, K. *The prevalence of elder abuse: a random sample survey* / K. Pillemer, D. Finkelhor // *Gerontology*. – 1988. – V. 28. – P. 51-57.
8. Lachs, M.S. *Abuse and neglect of elderly persons* / M.S. Lachs, K. Pillemer // *N Engl J Med*. – 1995. – V. 332. – P. 437-443.
9. Lett, J.E. *Abuse of the elderly* // *J Fia Med Assoc*. – 1995. – V.82. – P. 675-678.
10. *Risk factors for reported elder abuse and neglect: a nine-year year observational cowork study* / [M.S. Lachs, C. Williams, S. O'Brien et al.]. // *Gerontologist*. – 1997. – V 37. – P. 469-474.
11. Туркина, Н.В. Пролезни // *Медицинская сестра*. – 2005. - №7. – С. 30-34.
12. *Справочник-путеводитель практикующего врача. 2000 болезней от А до Я*. - М : Геотар-Медиа, 1999.-С.717-718.
13. Rotchild JM, Bates DW, Leape LL. *Preventable medical injuries in older patients*. *Arch Int Med*. – 2000. – V 160. – P. 2717-2728.
14. Министерство труда и социального развития Кыргызской Республики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mlsp.gov.kg>, свободный. – Яз. русс., кырг.
15. *Уголовный Кодекс Кыргызской Республики*, 2015.

**УРОВЕНЬ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ СТУДЕНТОВ
ВЫПУСКНОГО КУРСА КГМА им.И.К.АХУНБАЕВА ПО ОКАЗАНИЮ
ПЕРВОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ
БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, К.Н.Кулданова, А.Ж. Токтобаева, А.Б. Ким
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до- и последилового обучения
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Данное исследование было проведено с целью оценки уровня подготовленности студентов выпускного курса КГМА при оказании первой неотложной помощи с применением базовой сердечно-легочной реанимации(СЛР). Для проведения исследования были привлечены 302 студента КГМА, обучающихся на факультетах «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия», «Высшее сестринское образование», среди которых был проведен опрос и получены статистические данные. В результате был обнаружен недостаточный уровень подготовленности по оказанию мероприятий базовой СЛР.

Ключевые слова: Первая неотложная помощь, студенты, базовая сердечно-легочная реанимация.

**И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММАНЫН БҮТҮРҮЧҮ
КУРСУНУН ОКУУЧУЛАРДЫН КҮТТҮСҮЗ БИРИНЧИ ЖАРДАМ
КӨРСӨТҮ БОЮНЧА ЖАНА ЖҮРӨК-ӨПКӨНҮН КАЙРАДАН
ЖАНДАНДЫРУУ НЕГИЗГИ ЫКМАСЫН ДАЯРДЫК ДЕЦГЕЛИ**

Г.У. Толбашиева, Ж.А. Чынгышова, К.Н. Кулданова, А.Ж. Токтобаева, А.Б. Ким
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
дипломдон кийинки жана дипломго чейин билим берүү
анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын бүтүрүчү курсунун окуучулардын күттүсүз биринчи жардам көрсөтү боюнча жана жүрөк-өпкөнүн кайрадан жандандыруу негизги ыкмасын даярдык децгелин аныктоо үчүн изилдөө жүргүзүлгөн изилдөө жүргүзүчү КММАнын Дарылоо иши, Стоматология, Педиатрия жана Жогорку мээмандык билим беруу факультеттеринен 302 окуучу тартылды. Алардын арасында суроо жүргүзүлдү жана статистикалык маалыматтар алынды. Изилдөө жыйынтыгы көрсөткөндөй, окуучулардын даярдыгы жетишсиз денгел экендиги табылды.

Негизги сөздөр: күттүсүз биринчи жардам, окуучулар, жүрөк-өпкөнүн кайрадан жандандыруусу.

I.K. AKHUNBAEV KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY SENIOR STUDENTS LEVEL OF PREPARADENESS FOR EMERGENCY CARE WITH BASIC CARDIOPULMONARY RESUSCITATION

G. Tolbashieva, J. Chyngyshova, K. Kuldanova, A. Toktobaeva, A. Kim

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Anaesthesiology and Intensive Care before and after clinical training
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The study was conducted to assess the level of First aid education and knowledge of basic cardio-pulmonary resuscitation among KSMA's senior-year students, a question survey was administered to Faculty of Medicine, Pediatrics, Dental Medicine, Faculty of Nursing students. The completed forms of 302 participants were evaluated. In conclusion, most of medical student's state of study are inadequate in the performance of cardiopulmonary resuscitation.

Key words: first aid education, students, cardiopulmonary resuscitation.

Введение. Первая помощь как учебный предмет является основой профессиональных качеств медицинского работника, вне зависимости от специальности. Качественное обучение студентов медицинской академии с самого начала их карьеры будет способствовать улучшению показателей выживаемости благодаря профессионально подготовленным кадрам.

В практической деятельности каждый врач сталкивается с неотложными и критическими состояниями.

По статистике при своевременном оказании первой помощи, на примере базисной сердечно-легочной реанимации снижается риск осложнений и повышается эффективность дальнейшего лечения. По данным Американской

ассоциации сердца (АНА) имеются четкие доказательства повышения уровня выживаемости после остановки сердца, когда случайный свидетель проводит сердечно-легочную реанимацию (СЛР) [1].

По данным St. John Ambulance (Великобритания) ежегодное оказание первой помощи способно спасти около 140 000 жизней. Примерно столько же людей ежегодно умирает от онкологических заболеваний [2].

Целью данного исследования является определение уровня подготовленности студентов выпускного курса разных факультетов Кыргызской медицинской государственной академии им. И.К. Ахунбаева в оказании первой неотложной помощи с применением базовой СЛР.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось методом поперечных срезов среди студентов факультетов: «Лечебное дело», «Стоматология», «Педиатрия», «Высшее сестринское образование» в период с октября 2018 года по январь 2019 года.

Опросники были созданы в соответствии с клиническими рекомендациями Американской ассоциации сердца, КАВАР (Кыргызская Ассоциация Врачей Анестезиологов Реаниматологов) и другими протоколами [1,3,4,5].

Студенты должны были заполнить структурированный опросник, который состоял из 20 вопросов, из которых 17 вопросов затрагивали навыки оказания первой помощи; 3 вопроса —

субъективная оценка подготовленности студента и качества обучения. В бланк тестирования были включены вопросы, оценивающие знания базисной сердечно-легочной реанимации, оказания первой помощи при неотложных состояниях, таких как гипертонический криз, острый инфаркт миокарда, анафилактический шок, ожоги, отморожения, электротравма, эпилептический приступ (рис.).

Результаты исследований обрабатывались традиционными методами статистики с помощью статистических программ Excel Microsoft Office.



Рис. Модифицированный опросник по оказанию неотложной помощи.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании приняли участие 302 студента, из которых 140 (46,4%) – студенты факультета «Лечебное дело»,

75 (24,8%) - «Стоматология», 77 (25,5%) - «Педиатрия», 10 (3,3%) - «BCO».

Правильно ответили на все теоретические вопросы 61 студент, что составляет 20,2% всех опрошиваемых.

Из них 41 (13,6%) являются студентами факультета «Лечебное дело», 10 (3,3%) - «Педиатрия», 8 (2,64%) – «Стоматология», 2 (0,66%) – «ВСО».

Непрямой массаж сердца обеспечивает кровоток в первую очередь за счет увеличения внутригрудного давления и непосредственного компрессионного сжатия сердца, что необходимо для притока крови, обогащенной кислородом к сердцу и головному мозгу. Рекомендуемая глубина вдавливания составляет не менее 5 см, но не более 6 см, при превышении порогового значения возможно развитие осложнений [1]. 93 (30,8%) респондента считают, что глубина вдавливания должна составлять 2-4 см, 12 (3,9%) – 6-8 см, а 15 (4,9%) ответили, что глубина компрессий не важна. 182 (60,3%) студента ответили правильно.

Чередование компрессионных сжатий с искусственным дыханием в соотношении 30:2 у взрослых и 15:1 у детей не знали 87 (28,8%) опрошенных, 215 (71,2%) ответили верно.

С 2010 г. последовательность основных мероприятий по поддержанию жизнедеятельности А-В-С была заменена на последовательность С-А-В (компрессионные сжатия, освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание) [1]. Большинство опрошенных – 164 (54,3%), считают прежний алгоритм верным, только 83 (27,5%) респондентов предпочли С-А-В.

Длительность проведения базовой сердечно-легочной реанимации должна составлять по клиническому протоколу 30 минут -138 (45,7%) студентов ответили правильно, остальные 164

(54,3%) опрошенных имеют неверное представление о точном времени проведения базовой СЛР.

Прекардиальный удар у 139 (46,02%) респондентов использовался для возобновления сердечной деятельности, 40 (13,24%) считают, что при помощи удара можно усилить насосную функцию сердца, 116 (38,41%) применяют его с целью дефибрилляции.

При фибрилляции 46 (15,23%) предпочитают начинать мероприятия с сердечно – легочной реанимации; 160 (53%) используют дефибриллятор.

Пульс на сонных артериях при потере сознания определяют 241 (79,8%) студентов, остальные 61 (20,2 %) предпочитают определять пульс на артериях других локализаций (лучевых, бедренных, подмышечных).

Эпинефрин (адреналин) – препарат первой линии для лечения анафилаксии (А). По данным Европейского Совета по реанимации -2015 и Национального Совета по реанимации (Россия): Раннее распознавание и немедленное внутримышечное введение адреналина остается основой лечения анафилаксии [3]. Для 206 (68,2%) респондентов эпинефрин является препаратом выбора при анафилаксии, 68 (22,51%) предпочитают глюкокортикоиды. Кортикостероиды не относят к препаратам первой линии для лечения анафилаксии, так как они не влияют на исход острой анафилаксии, но могут предотвратить вторую фазу реакций спустя 24–72 ч после начальных симптомов, таких как бронхоспазм, ангионевротический отек, уртикарная сыпь, резкое снижение АД.

Первую неотложную помощь при остром инфаркте миокарда и гипертоническом кризе умеют оказывать 240 (79,5%) и 241 (79,8%) студентов соответственно.

Целью, необходимой для достижения во время оказания первой неотложной помощи при эпилептическом припадке 170 (56,3%) считают предотвращение западения языка, 24 (7,9%) попытались бы остановить приступ и только для 92 (30,46%) ставят в приоритет предотвращение возникновения черепно-мозговой травмы, которая усугубит основную патологию.

Технику правильного наложения жгута при наружных кровотечениях знают 189 (62,6%) студентов, 103 (34,1%) не имеют представления о взаимосвязи между временем наложения жгута и температурой окружающей среды. Первую неотложную помощь при носовых кровотечениях оказывают правильно 251 (83,1%) респондента.

При ожогах применяют холод на пораженное место в течение длительного времени и накладывают асептическую повязку 283 (93,7%). Нежелательно применение линимента Вишневского на ожоговые поверхности – об этом знают 148(49%) студентов.

При отморожениях 223 (74%) считают правильным дать горячее питье, укутать и согреть пострадавшего.

Вопрос, касающийся электротравмы требовал самостоятельного ответа, на который из 302 (100%) опрошенных дали ответ только 144 (47,68%) респондента, из них 103 (34,1%) описали правильный алгоритм оказания первой неотложной помощи при электротравме.

Свои знания и подготовленность по оказанию первой неотложной помощи оценивают на «отлично» - 21 (6,9%), «хорошо» - 95 (31,45%), «приемлемо» - 124 (41,05%). «плохо» - 62 (20,52%) студента.

Студенты считают, что отсутствие интереса в 18% (54) является причиной неудовлетворительности знаний, в 27% случаев (82) занятость повлияла на качество обучения, и 55% (166) студентов отметили недостаточное предоставление знаний по предмету первой помощи.

58% (175) студентов считают, что выделено недостаточное количество часов для практических занятий на предметы по оказанию первой неотложной помощи.

По результатам данного исследования можно сделать следующие **выводы**:

1. Был обнаружен недостаточный уровень подготовленности студентов по оказанию мероприятий базовой СЛР, так как преобладающее количество неправильных ответов было получено касательно ее основных мероприятий: глубина компрессий (39,6%), длительность ее проведения (54,3%), алгоритм по системе АВС (72,5%).

2. Предоставление часов на преподавание по оказанию первой неотложной помощи не соответствует важности знания предмета в дальнейшей практической деятельности врача.

Рекомендации

Необходимо сделать акцент на обучение навыкам оказания первой неотложной помощи, а именно базовой сердечно-легочной реанимации: глубина компрессий, длительность ее проведения, алгоритм по системе АВС.

Литература

1. *American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care* / [Robert W. Neumar, Michael Shuster, Clifton W. Callaway et al.]. - 2015. - 132. - S315–S367.

2. Недостаточная подготовленность к оказанию неотложной помощи и ее последствия [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.theguardian.com/society/2012/sep/17/first-aid-deaths-tv-campaign>.

3. Министерство Здравоохранения Российской Федерации (Республика Бурятия). - Клинические рекомендации по

реанимации и интенсивной терапии анафилактического шока [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.minzdravrb.ru/minzdrav/docs/Klinicheskie-rekomendatsii-po-reanimatsii-i-intensivnoj-terapii-anafilakticheskogo-shoka.pdf>

4. *American Heart Association and American Red Cross Guidelines Update for First Aid* / [Eunice M. Singletary, Nathan P. Charlton, Jonathan L. Epstein et al.] // *Circulation*. - 2015. - 132 (suppl 2). - S574–S589.

5. *Комбустиология: Учебник* / Э.Я. Фисталь, Г.П. Козинец, Г.Е. Самойленко. - Донецк, 2005. - 315 с.