

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
им. И.К. АХУНБАЕВА**

**КММАНЫН ЖАРЧЫСЫ  
ВЕСТНИК КГМА**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ КОНФЕРЕНЦИИ**

*Бишкек – 2018*

## ОРГКОМИТЕТ КОНФЕРЕНЦИИ

### **Председатель**

Профессор И.О. Кудайбергенова – ректор КГМА им. И.К. Ахунбаева;

### **Зам. председателя**

Проф. А.А. Сопуев – проректор по научной и лечебной работе;

Проф. Р.А. Оморов – зав.каф. факультетской хирургии.

### **Члены оргкомитета**

Проф. Алымбаев Э.Ш. – проректор по учебной работе, проф. Ырысов К.Б. – проректор по государственному языку и воспитательной работе, проф. Джумалиева Г.А. – проректор по международным связям и стратегическому развитию, проф. Мусаев А.И. – зав.каф. общей хирургии с курсом комбустиологии, к.м.н. Маматов Н.Н. – заведующий отделом научно-инновационной и клинической работы, к.ф.н. Жайлообаева А.Т. – директор ЦПКиНО, к.м.н., доц. Стамбекова К.Н. – начальник учебно-методического отдела, д.м.н., доц. Усубалиев М.Б. – председатель олимпиады по хирургии, к.м.н., доц. Конурбаева Ж., д.м.н., и.о. проф. Жолдошбеков Е.Ж., д.м.н., доц. Авасов Б.А., к.м.н., доц. Бейшенбаев Р.К., к.м.н., и.о. доц. Айтбаев С.А., к.м.н. Абдиев А.А., к.м.н. Осмоналиев Б.К., асс.каф. Ааматов Д.А., асс.каф. Шаршембиев Б. Дж., Токтосопиев Ч.Н. – зам. председателя олимпиады по хирургии, Алтынбекова А.А. – зам. председателя олимпиады по хирургии, Арзыкулов А.К. – председатель НОМУС, Бакиридин к. Ж. – зам. пред. НОМУС.

### **ЖЮРИ КОНКУРСА**

**Председатель жюри** д.м.н. Маматов С.М.

**Члены жюри:** к.м.н. Курумшиева А.Ш., к.м.н. Жумагулова А.Ш., к.м.н. Саяков У.К., к.м.н. Тойгонбаев А.Т., д.м.н. Тойгомбаева В.С., д.м.н. Куттубаева К.Б., д.м.н. Шаршембиев Ж.А., д.м.н. Алымкулов Р.Д.

### **Исполнительный комитет**

Овчаренко К. Е. – специалист ОНИиКР, Кырбашев К.Д. – специалист ОНИиКР

### **Аспиранты:**

Кудаяров Э., Мамырбаев А., Атакозиев А., Турусбекова А., Кутболсун у., Исаев Д., Ашимов С., Боржиев У., Богомолец К., Терехова О., Жантаев А., Беделбаев М., Корбозова К., Сайфулаев Б., Бекиев З., Сырбаев Ч., Кенжаев А., Айтикеев А., Даутова А., Эркинбеков А., Арапова Р., Рыскулов Н., Шамбетов Ж., Эгембергенов Ч., Рыскулбеков Н.

### **Студенты:**

Исакова З., Эрнисова М., Манукян Д., Анашбаев Ж., Минбаева А., Касымбеков Ж., Акматова А., Исламбеков Н., Осмонов Д., Султанбеков А., Келгенбаев Д., Ломанов Н., Закирова А., Нурумбетова О., Абдышев Т., Батырканова А., Батыркулова А., Саламатов А., Кадырбердиев А., Салбаева А., Жолдошева Ж., Сулайманова Н., Орунбаева А., Улукбекова А., Токтосунова А., Калыбекова А., Жумаева А. Батмуратов А., Кошукеева А., Нурлан у. Б., Алимбекова Б., Кадырбекова Э., Арзыкулова А., Сонг У.



*Посвящается первой женщине-хирургу,  
академику в Центральной Азии,  
Отличнику Народного Образования,  
Заслуженному Врачу Кыргызской Республики и  
Заслуженному Деятелю Науки Кыргызской Республики,  
доктору медицинских наук, профессору  
Рыскуловой Какиш Рыскуловне...*

*Уважаемая Какиш Рыскуловна !!!*

*Коллектив кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева искренне и от всей души поздравляет Вас со знаменательной датой Вашего рождения – 100-м юбилеем!!!*

*Вся Ваша жизнь посвящена служению нашему Отечеству, народу и медицине. Она полна ярких жизненных моментов, великих достижений и профессиональных успехов. Стойко и самоотверженно преодолев все невзгоды, встававшие на Вашем жизненном пути, Вы своим трудом и примером каждый раз доказываете истинность слов выдающегося общественного и политического деятеля нашей страны Исхака Раззакова, что “только труд делает человека бессмертным”.*

*Ваши заслуги и достижения, а также Ваш неоценимый вклад в развитие отечественной медицины всегда ценились и будут цениться не одним поколением граждан нашей страны. Ваше имя навеки вписано в анналы истории и мы гордимся тем, что являемся Вашими современниками.*

*Будучи выдающимся ученым, первой женщиной-хирургом и академиком, Вы подготовили не одно поколение известных и талантливейших медиков.*

*На Вашем счету тысячи сложнейших операций и тысячи спасенных жизней пациентов, которые благодаря Вашим знаниям, опыту, квалификации и высочайшему уровню профессионализма обрели вторую жизнь.*

*Сегодня, празднуя Ваш 100-летний юбилей, мы еще раз искренне и от всей души желаем Вам крепкого здоровья и долголетия, жизненной энергии и сил, а также огромного человеческого счастья!!! Мира и благополучия Вашим родным и близким!!!*

*С глубоким уважением и наилучшими пожеланиями,*

*Коллектив кафедры хирургии общей практики  
с курсом комбустиологии КГМА им. И. Ахунбаева*



## **ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО РЕКТОРА КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА**



***Уважаемые гости, коллеги, дорогие участники!***

*От имени Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева и себя лично приветствую участников и гостей Международного научного форума «Дни науки КГМА-2018»!*

*В рамках Дней науки планируется проведение:*

- 1. Научной конференции, посвященной 100-летию акад. К.Р. Рыскуловой*
- 2. Студенческой Олимпиады по хирургии*
- 3. Круглых столов:*
  - 1) Кыргызско-Швейцарского студенческого научного симпозиума*
  - 2) «Элдин өмүрү – анын тилинде Ч. Айтматов»*
  - 3) «Инновационные методы преподавания лингвистических дисциплин в медицине»*
- 4. Научно-практической конференции «Гуманитарные проблемы и некоторые аспекты отражения медицинских знаний в кыргызской культуре»*
- 5. Школы для практических врачей.*
- 6. Выставки новых лекарственных средств*

*Научная конференция проходит в преддверии 100-летнего юбилея Рыскуловой Какиши Рыскуловны – первой женщины-хирурга Кыргызской Республики, академика НАН КР, доктора медицинских наук, профессора, Заслуженного врача и Заслуженного деятеля науки Кыргызской Республики.*

*«Дни науки КГМА-2018» собрали представителей отечественных и зарубежных научно-медицинских обществ. Отрадно, что зарубежные и отечественные ученые имеют возможность поделиться богатым опытом и найти пути для дальнейшей интеграции.*

*Нельзя переоценить значимость конференции как перспективной формы консолидации усилий медицинского сообщества по решению конкретных профессиональных задач, как опытной площадки по достижению взаимопонимания и углублению взаимодействия в решении актуальных проблем современной медицинской науки.*

*Надеюсь, что работа конференции даст новый импульс дальнейшему развитию исследовательской деятельности в нашей стране.*

*Желаю всем участникам успехов, эффективной и плодотворной работы!*

***Ректор***

***И.О. Кудайбергенова***



## **К 100-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА КАКИШ РЫСКУЛОВНЫ РЫСКУЛОВОЙ**

Первая женщина-хирург Кыргызстана, академик НАН КР, отличник народного образования, Заслуженный врач КР и Заслуженный деятель науки КР, доктор медицинских наук, профессор.

Она родилась 15 октября 1918 года в селе Четинди Кантского района, в семье крестьянина.

Какиш Рыскулова с сентября 1930 года училась в начальной школе Таш-Добе Аламединского района, затем там же в интернате школе колхозной молодежи ШКМ. В 1934 году поступила в Республиканское медицинское училище г. Фрунзе. После окончания с 1 февраля 1938 года по июль работала в Баткенском районе Ошской области в селе Палал-Ооз Даринского сельсовета и в селе Ортобозского сельсовета, фельдшером.

С 1939 года – медсестра в Нарынской гор. больнице, а с 1940 года работала зав. отделом кадров и спец. части Тянь-Шанского облздрави, в г. Нарын. В июне 1940 года поступила на лечебный факультет Киргизского государственного мединститута, который окончила с отличием в июле 1944 года, была Сталинской стипендианткой. Участвовала в ликвидации свирепствовавших в то время кожных заболеваний, таких как сифилис, оспа, малярии и других инфекций в Базар-Курганском, Баткенском, Тянь-Шанском районах, в зоне «Арсланбап» и «Ачи».

Впервые в КГМИ, в июне 1944 года окончили восемь девушек IV выпуска, они были оставлены по брони в республике: Азыкова З.И., Алтымышбаева К.А., Атакеева Б.А., Булатова Н.Ш, Мамутова Д.М., Рыскулова К.Р., Чукина С.С. Первый секретарь ЦК КП Киргизии Исхак Раззаков, уделял особое внимание подготовке высококвалифицированных кадров из числа представителей коренных национальностей, особенно из числа женщин.

После окончания мединститута Какиш Рыскуловна поступила в клиническую аспирантуру на кафедре факультетской хирургии, возглавляемую в это время профессором Н.Д. Данилюк, а затем профессором А.Н. Кругловым.



Профессор Круглов Анатолий Николаевич, подготовил для Киргизии первых трех выдающихся киргизских хирургов, таких как И.К. Ахунбаев, Зыфар Эгембердиев, Какиш Рыскулова. Под постоянным руководством заслуженного деятеля науки Киргизской ССР, профессора А.Н. Круглова, Какиш Рыскуловна сформировалась как хирург, научный работник, педагог.

Ее научные труды разносторонние, они посвящены различным вопросам: онкологии, нейрохирургии, ортопедии, травматологии, урологии, сосудистой хирургии и гастроэнтерологии. Какиш Рыскулова свои научные открытия начала в госпитале для долечивания раненных воинов участников Великой Отечественной войне, где обращает внимание на частое появление болевого синдрома после ампутации конечностей. Итогом этого открытия стала защита кандидатской диссертации 21 июля 1951 года, на тему: «К технике обработки культи нерва при ампутациях» и ряд публикаций. Первая кыргызка, женщина-хирург в Кыргызстане, защитившая кандидатскую диссертацию по медицине! Она впервые в СССР, разработала уникальную методику «Ручного сшивания кровеносного сосуда стенок артерий и вен», на новейшем сосудосшивающем аппарате В.Ф. Гудова, изобретенного им впервые в СССР в 1946 году. Защита докторской диссертации проходила в городе Москве 21 марта 1967 года на научном совете ЦОЛИУ врачей.



Ею опубликовано более 250 научных работ, 13 монографий, 11 изобретений, внедрила 47 рационализаторских предложений, 4 учебника.

Она выучила не одно поколение талантливейших медиков, являющихся учеными мирового значения, ею подготовлены 32 кандидата и 7 докторов медицинских наук.

#### **Награды и почетные звания**

Она принимала активное участие в общественно-политической жизни республики. Трижды избиралась депутатом Верховного совета Кыргызского ССР, 3-5-6 созывов, депутатом городского совета, 8 лет работала заместителем председателя Президиума Верховного Совета Кир. ССР, избрана членом ЦК КП Киргизии. Награждена медалью «За трудовую доблесть», «За добросовестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг.» В 1954 году – член-корреспондент АН Кир. ССР, в 1957 году присвоено почетное звание «Заслуженный врач КР». В 1967 году избрана заведующей кафедрой факультетской хирургии, член комитета по Государственным премиям Кир. ССР в области науки и техники, в 1968 году утверждена в ученном звании профессора хирургии, в 1969 году избрана академиком АН Кир. ССР, заместитель председателя Кыргызского республиканского Комитета защиты мира. Председатель Межкафедральной комиссии Кыргызского Государственного медицинского института по предварительной защите докторской диссертации и Председатель специализированного совета по защите кандидатских диссертации по медицинским наукам. В 1980 году присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки Кир. ССР Награждена орденом «Ленина», двумя орденами «Знак почета» и многочисленными Почетными грамотами, медалями Советского периода. В 1997 году награждена бронзовой медалью «Да□к», в 2003 г. – орден «Манаса» III степени, в 2008 г. – орден «Манаса» II степени.

**ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ВЕНТИЛЯТОР АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ**

**А.К. Молдоташова<sup>1</sup>, Э.Р. Богданов<sup>2</sup>, Максут уулу Эрлан<sup>2</sup>, Л.Д. Кыргызбаева<sup>3</sup>,  
А. Джалимбекова<sup>3</sup>, М.М. Акимов<sup>1</sup>, Г.С. Жузумалиева<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>КГМИПиПК, <sup>2</sup>КГМА им. И.К. Ахунбаева, <sup>3</sup>ДПЗиГСЭН  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Представлен обзор вентилятор ассоциированной пневмонии в отделениях реанимации и интенсивной терапии на основании анализа данных литературы и опыта работы отделений реанимаций МЗ КР. Подробно изложены вопросы этиологии, эпидемиологии, патогенеза вентилятор ассоциированной пневмонии, возможности и ограничения способов ее профилактики и методов диагностики, успехи и трудности лечения этой патологии.

**Ключевые слова:** вентилятор ассоциированная пневмония, искусственная вентиляция легких, отделение реанимации.

**ВЕНТИЛЯТОР АССОЦИАЛАНГАН ПНЕВМОНИЯНЫН ДИАГНОСТИКАСЫ,  
АЛДЫН АЛУУСУ ЖАНА ДАРЫЛООСУ**

**А.К. Молдоташова<sup>1</sup>, Э.Р. Богданов<sup>2</sup>, Максут уулу Эрлан<sup>2</sup>, Л.Д. Кыргызбаева<sup>3</sup>,  
А. Джалимбекова<sup>3</sup>, М.М. Акимов<sup>1</sup>, Г.С. Жузумалиева<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>КМКДжАЖМИ, <sup>2</sup>И.К. Ахунбаев атындагы КММА, <sup>3</sup>ССААДжМСЭЖ  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин кайра жандандыруу бөлүмдөрүнүн иш тажрыйбасынын жана адабият маалыматтарды талдоонун негизинде, кайра жандандыруу жана ургалдуу дарылоо бөлүмдөрүндө вентилятор ассоциаланган пневмонияны баяндоо көрсөтүлөт. Вентилятор ассоциаланган пневмониянын этиологиясынын, эпидемиологиясынын, патогенезинин суроолору, анын алдын алуу жолдорунун мүмкүнчүлүгү жана чектөөсү жана дартты аныктоо методдору, бул патологияны дарылоого жетишкендиктер жана кыйынчылыктар майда-чүйдөсүнө чейин баяндалган.

**Негизги сөздөр:** вентилятор ассоциаланган пневмония, өпкөнү жасалма желдетүү, кайра жандандыруу бөлүмү.

**DIAGNOSIS, PREVENTION AND TREATMENT OF VENTILATOR ASSOCIATED PNEUMONIA**

**A.K. Moldotashova<sup>1</sup>, E.R. Bogdanov<sup>2</sup>, Maksut uulu Erlan<sup>2</sup>, L.D. Kyrgyzbayeva<sup>3</sup>, A. Jalimbekova<sup>3</sup>,  
M.M. Akimov<sup>1</sup>, G.S. Zhuzumaliev<sup>3</sup>**  
<sup>1</sup>KSMIRaIQ, <sup>2</sup>I.K.Akhunbaev KSMA, <sup>3</sup>DHCPaSSES  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** By analyzing the data available literature and their many years' experience, the authors review the state of the art of the problem associated with ventilator associated pneumonia in intensive care units KR. The etiology, epidemiology, and pathogenesis of ventilator associated pneumonia, the possibilities and limitations of its prevention and diagnostic methods, successes and difficulties and treatment of this pathology are described in detail.

**Key words:** ventilator associated pneumonia, artificial lung ventilation, intensive care unit.

Вентилятор ассоциированные пневмония (ВАП) является вторым по частоте видом инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) [1]. ИСМП представляют серьезную проблему современной медицины и, в частности отделений высокого риска: реанимации, хирургии и др., при развитии которых увеличивается продолжительность госпитализации, экономические затраты на лечение и летальность больных [2,3]. По разным данным у госпитализированных больных внебольничные инфекции диагностируются в среднем у 36,3% больных, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП) развиваются в среднем у 63,7% больных. Частота развития инфекций различной локализации в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в среднем составляет 18,9%, среди них в среднем в 63% случаев источником инфекции являются легкие. Летальность больных в ОРИТ без признаков инфекции в среднем составляет 16,9%, тогда как летальность боль-

ных в ОРИТ с инфекционными осложнениями увеличивается до 53,6%. Известно, что наибольшую угрозу для жизни представляют инфекции кровотока, респираторные и раневые инфекции (инфекции мягких тканей).

ВАП - это и ИСМП, развившаяся у не госпитализированных больных, имеющих контакты с медицинскими манипуляциями, как однократно, так и часто (внутривенная инфузионная терапия или внутривенная химиотерапия, уход за ранами, в течение предшествующих 30и суток, длительное пребывание в санатории, доме престарелых и подобных заведениях, эпизоды госпитализации и/или инвазивных процедур в клинике скорой и неотложной помощи, травмпункте и т. д. в течение двух или более суток в период 90 предшествующих дней, периодические пребывания в отделениях гемодиализа в течение предшествующих 30 суток).

ВАП – воспалительное инфекционное поражение легких, развившееся не ранее 48 часов после поступления больного в стационар, или в течение 48-72 часа после выписки из стационара при предшествующем отсутствии признаков легочной инфекции [3,4].

Вентилятор ассоциированная пневмония в среднем развивается у 8-20% больных в ОРИТ и у 27% больных в условиях ИВЛ. Частота развития ВАП напрямую зависит от продолжительности респираторной поддержки. Развитие ВАП является независимым прогностическим признаком неблагоприятного исхода у тяжелых больных, требующих ИВЛ [5,6]. ВАП увеличивает продолжительность пребывания в ОРИТ, что, соответственно, приводит к росту экономических затрат на лечение самого заболевания и прочих осложнений [7,8]. Увеличение частоты техногенных катастроф, старение населения и ухудшение экологии, широкое внедрение в клиническую практику инвазивных диагностических технологий и расширение хирургической агрессии, а также широкое и бесконтрольное применение антибиотиков обуславливают неуклонный рост частоты ВАП.

ВАП занимает 2е место в структуре всех госпитальных инфекций и в среднем составляет 15-18%. Среди больных, оперированных в плановом порядке, в послеоперационном периоде ВАП развивается в среднем в 6% случаев. ВАП осложняет до 47% всех интубаций и трахеостомий. Пребывание больного в ОРИТ повышает риск развития ВАП в 5-10 раз [9].

У больных с бактериологически подтвержденной ВАП, бактерии выделяются примерно в 73% случаев, грибы – в 4%, анаэробы – очень редко [8]. Часто при ВАП выделение возбудителей оказывается невозможным вследствие применения антибиотиков до забора материала на исследование [10].

Летальность больных с ВАП в среднем составляет 20-50%, но может достигать 70% и более, когда инфекция вызвана полирезистентной флорой [10, 11]. Такие разные данные по видимому, зависят не только от профиля реанимационного отделения, но и от критериев диагностики ВАП, использованных в каждом конкретном отделении. Также нельзя не учитывать и различные протоколы лечения больных, используемые в разных ОРИТ. ВАП увеличивает летальность больных с первичной внелегочной патологией в среднем на 30% [12].

Характер и тяжесть ВАП, как правило, зависят от профиля отделения. По разным данным частота развития НП в медицинских учреждениях, типа домов престарелых в среднем составляет 22%, вне ОРИТ – 43%, в ОРИТ – 35%. Частота развития ВАП в терапевтических отделениях в среднем составляет 2-4 случая на 1000 госпитализаций, в хирургических отделениях в среднем 5-10 случаев на 1000 госпитализаций, в ОР частота развития ВАП в среднем составляет 20,5 случаев на 1000 ИВЛ дней или от 2 до 62 случаев на 100 больных. Количество случаев ВАП на 1000 дней ИВЛ в педиатрических отделениях реанимации в среднем составляет от 4,7 до 18,7%, в ОРИТ смешанного профиля – 46,3; в ожоговых ОРИТ – 34,4%.

#### **Факторы риска развития ВАП в ОРИТ**

Ниже представлены основные факторы, которые в той или иной степени объективно увеличивают вероятность развития ВАП:

- тяжесть состояния (АРАСНЕ II>14 баллов);
- тяжелая сочетанная травма;
- тупая травма груди;
- торакальные оперативные вмешательства;
- парез кишечника;
- компартмент синдром;
- возраст;
- сопутствующие ХОБЛ;
- неадекватная стартовая терапия основного заболевания (в том числе и антибактериальная);
- сложности ухода и ранней активизации больного;

- неправильный уход за интубационными трубками и трахеостомой.

Достаточно условно основные источники распространения инфекции и развития ВАП в ОРИТ можно разделить на экзогенные и эндогенные. Экзогенными источниками инфицирования являются медперсонал (руки, предметы одежды, мобильные телефоны и т.д.) и сами больные, большое количество медицинского оборудования, инвазивные процедуры. К экзогенным источникам относятся кожные покровы, ротоглотка, придаточные пазухи, верхние дыхательные пути (ВДП), желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) больного.

Особое место в развитии ВАП занимают распространение инфицированного секрета из «надманжеточного» пространства верхних дыхательных путей и колонизация условно-патогенных бактерий из ЖКТ.

#### **Основные методы диагностики ВАП**

У большинства больных диагностика ВАП является сложной задачей. До сих пор отсутствует золотой стандарт диагностики ВАП.

Признаками ВАП являются лихорадка, кашель, появление гнойной мокроты одновременно с очаговой инфильтрацией легочной ткани, повышение лейкоцитоза и нарастание «сдвига» лейкоцитарной формулы влево, появление в мокроте лейкоцитов и видимых бактерий.

Однако тяжесть состояния, наличие интубационной трубки в трахее, назогастрального зонда, рефлексорной гиперсаливации, нарушение вентиляции и дренажа придаточных пазух носа приводят, в конечном счете, к появлению вязкого секрета в просвете трахеи и крупных бронхов, создающего условия для обструкции бронхов, нарушению дренажной функции ТБД. Контаминация напрямую зависит от продолжительности респираторной поддержки.

Эксперты американского колледжа пульмонологов (American College of Chest Physicians – ACCP) при диагностике ВАП рекомендуют учитывать такие признаки, как появление свежих очагов легочной инфильтрации или прогрессирование старых в сочетании, по крайней мере, с одним из следующих признаков:

1. Рентгенологические признаки абсцедирования (деструкция на месте предшествующей легочной инфильтрации);
2. Гистологические признаки пневмонии (по данным прижизненной биопсии легкого);
3. Выделение культуры из плевральной жидкости или крови;
4. Или в сочетании с двумя из следующими признаками:
  - а) – лихорадка ( $>38,3^{\circ}\text{C}$ ), б) – лейкоцитоз ( $>10 \cdot 10^9/\text{л}$ ), в) – гнойный секрет тбд.

Для объективизации оценки клинических, лабораторных и рентгенологических данных у больных с подозрением на ВАП широко используется шкала CPIS (Clinical Pulmonary Infection Score):

1. Температура,  $^{\circ}\text{C}$ : 36,5-38,4 – 0 баллов;  $\bullet >38,5$  или  $<38,9$  – 1 балл;  $\bullet >39$  или  $<36$  – 2 балла.
2. Лейкоциты, ( $10^9$ ):  $\bullet 4 - 11$  – 0 баллов;  $\bullet <4$  или  $>11$  – 1 балл; +1 балл, при наличии юных форм.
3. Бронхиальная секреция:  $\bullet$  необходимость санации ТБД  $<14$  раз в сутки – 0 баллов;  $\bullet$  необходимость санации ТБД  $>14$  – 1 балл; +1 балл, если секрет имеет гнойный характер.
4.  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ , мм рт. ст.:  $\bullet 240$  – 0 баллов;  $\bullet <240$  – 1 балл.
5. Рентгенография легких:  $\bullet$  отсутствие инфильтратов – 0 баллов;  $\bullet$  диффузные инфильтраты – 1 балл;  $\bullet$  локализованный инфильтрат – 2 балла.
6. Микробиологический анализ трахеобронхиального аспирата (полуколичественный метод: 0, 1, 2 или 3+):  $\bullet$  нет роста или 0-1 – 0 баллов;  $\bullet$  2-3 – 1 балл; +1 балл при выделении того же патогена при окраске по Грам.
7. 7 и более баллов по шкале CPIS – подтверждает диагноз ВАП.

#### **Критерии тяжелого течения ВАП:**

1. Развитие сердечно-сосудистой недостаточности (АДср  $<100$  мм рт. ст., АДд  $<60$  мм рт. ст.), требующей инотропной и вазопрессорной поддержки;
2. Температура тела  $>39^{\circ}\text{C}$  или  $<36^{\circ}\text{C}$ ;
3. Нарушение сознания;
4. Мультилобарное или билатеральное поражение легких на фронтальной рентгенограмме;
5. Клинические и/или лабораторные признаки дисфункции органов;
6. Лейкоцитоз ( $>30 \cdot 10^9/\text{л}$ ) или лейкопения ( $<4 \cdot 10^9/\text{л}$ );
7. Гипоксемия ( $\text{PaO}_2 < 60$  мм рт. ст.).

Для практических целей могут применяться неинвазивные методы диагностики: небронхоскопический защищенный БАЛ или небронхоскопический забор ЗЩ. В этих случаях катетеризация дистальных отделов трахеобронхиального дерева и забор содержимого осуществляется вслепую. На

практике наиболее часто применяется посев аспирата трахеи. В настоящее время проводится сравнение инвазивных и неинвазивных методов забора материала для определения их места в рутинной диагностической практике и выявления этиологии ВАП (табл. 1).

Таблица 1

Основной микробиологический спектр ИСМП

Грам (-) палочки	Грам (+) кокки	Грибы
<i>Esherichia coli</i>	<i>Staphylococcus aureus</i>	<i>Candida ablicans</i>
<i>Klebsiella pneumonia / oxitoca</i>	Коагулазоотрицательные стафилококки	<i>C. tropicalis</i>
<i>Serratia marcescens</i>	( <i>S. epidermidis</i> , <i>S. haemolyticus</i> )	<i>C. parapsilosis</i>
<i>Enterobacter cloacae / aerogenes</i>	<i>Streptococcus pneumonia</i>	<i>C. krusei</i>
<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Streptococcus spp.</i> ( <i>S. pyogenes</i> , <i>S. agalactia</i> , <i>S. miltis</i> )	<i>C. glabrata</i>
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>C. fumigatus</i>
<i>Acinetobacter baumannii</i> <i>Stenotrophomonas maltophilia</i>	<i>Enterococcus faecium</i>	

### Современная лабораторная диагностика ВАП

**Исследование крови на стерильность.** Целью посева крови на искусственные питательные среды является получение положительной гемокультуры при бактериемии. Факт высева микроорганизма из крови приобретает диагностическое значение только после соотнесения его с клинической картиной. Существуют общие показания для посева крови, которые включают лихорадку (более 38°C) или гипотермия (температура тела менее 36°C), лейкоцитоз, воспалительный сдвиг в формуле крови. **Лабораторная диагностика катетер ассоциированной инфекции (КАИК).** Проводится различными методами: прямая микроскопия, культуральное исследование мазков с кожи в месте удаленного катетера, полуколичественный и количественный культуральные методы исследования, метод одновременного посева крови из катетера и крови. Применяют также исследование биопленки внутренней поверхности катетера без его удаления, с помощью специальных щеток. Для определения, является ли катетер источником инфекции или он только колонизирован, наиболее часто используется полуколичественный метод [13] оценка роста микроорганизмов, описанная в табл. 2.

Таблица 2

Чувствительность и специфичность количественных методов диагностики

Методика	значение, КОЕ / мл	%	%
Количественная эндотрахеальная аспирация	10 <sup>3</sup>	67-91	59-92
«Защищенная» брашбиопсия	10 <sup>5</sup> -10 <sup>6</sup>	64-100	60-95
Бронхоальвеолярный лаваж	10 <sup>4</sup>	72-100	69-100
«Защищенный» бронхоальвеолярный лаваж	10 <sup>4</sup>	82-92	83-97
«Защищенный слепой» катетер	10 <sup>4</sup>	100	82,2

Метод количественного посева с удаленного катетера заключается в подсчете выросших колоний микроорганизмов. Уровень обсемененности 10<sup>3</sup> КОЕ/мл (или более) связан с катетерассоциированной бактериемией; чувствительность метода – 97,5%, специфичность – 88%.

**Метод полимеразной цепной реакции.** В основе метода лежит выявление специфических участков ДНК и РНК (олигонуклеотидные зонды) определенного микроорганизма. На сегодняшний день разработаны зонды для определения в материале от большого ряда патогенных и условно-патогенных микроорганизмов, включая, *Legionell pneumophilia*, *Chlamidia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Candida spp.*, *Trichomonas vaginalis* и др. Теоретически можно получить зонд любого микроорганизма.

В настоящее время появились первые коммерческие тест системы ПЦР диагностики. Принцип работы тест систем заключается в распознавании ДНК микробной клетки, ее отличия от человеческой ДНК. В частности, тест Septi/Fast способен выявить наличие молекул ДНК 25 условно-патогенных микроорганизмов, наиболее актуальных для ИСМП в таблице 1.

Преимущества метода ПЦР диагностики очевидны и состоят в следующем:

1. Значительно более высокая чувствительность по сравнению с традиционными методами культивирования гемокультур;
2. Для анализа нужно всего 1-2 мл крови, которые подвергаются лизису с последующей экстракцией молекулы микробной ДНК;
3. Может определять в крови не только живые микро организмы, но и их фрагменты;
4. Позволяет определять десятки видов наиболее актуальных микроорганизмов;
5. Позволяет детектировать проблемные возбудители – стафилококки, резистентные к метициллину MRSA (MECA), или энтерококки, резистентные к ванкомицину VRE (Van A, B);
6. Присутствие антибиотиков в крови не влияет на результат;
7. Количественный анализ в будущем позволит дифференцировать колонизацию и инфекцию.

Развитие современных методов диагностики открывает новые возможности, в том числе в установлении этиологии гнойно-септических микробных инфекций, выборе адекватной этиотропной терапии, в изучении этиопатогенетических механизмов синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), сепсиса и полиорганной недостаточности (ПОН).

Несмотря на использование методов микробиологической диагностики, на фоне роста ВАП чрезвычайно актуальным остается поиск биохимических маркеров инфекции, которые позволяют максимально рано диагностировать развитие заболевания, определить его тяжесть, оценивать эффективность лечения и прогнозировать исход [13].

Искомый показатель должен максимально соответствовать свойствам «идеального» биомаркера, наиболее важными из которых являются: чувствительность и специфичность, возможность измерения, воспроизводимость и быстрота получения результата, стабильность, а также доступность и возможность своевременного применения.

Поиск новых биомаркеров идет в трех направлениях:

- Детекция на уровне ДНК или РНК определенных бактерий;
- Выявление продуктов жизнедеятельности (микробных метаболитов) и структурных компонентов клеточной стенки бактерий;
- Измерение уровня молекул микробного ответа.

*Прокальцитонин* был предложен в качестве маркера инфекционного процесса у тяжелых больных, при этом считалось, что уровень прокальцитонина коррелирует с тяжестью инфекционного процесса. Кроме этого известно, что вирусные, нетяжелые бактериальные инфекции, аутоиммунные заболевания и злокачественные новообразования не вызывают повышение уровня прокальцитонина. Экспериментально было показано, что повышение уровня прокальцитонина в плазме крови, который у здоровых добровольцев составляет менее 0,1 нг/мл, происходит только под действием эндотоксинов бактерий.

С целью объективизации степени тяжести ВАП, острое повреждение легких (ОПЛ), состояния больного, так же необходимо использование хорошо известных интегральных оценочных и прогностических шкал (APACHE II, SAPS, MODS, SOFA, шкалы J. Murray, R. Tharrat и др.).

С целью оптимизации лечения и антибактериальной терапии в настоящее время используется градация диагностики ИСМП.

Достоверный диагноз ИСМП и ВАП:

– Симптомы ИСМП +

Один из следующих признаков:

- Положительная культура игольчатого аспирата из абсцесса легких;
- Гистологические признаки пневмонии в биопсийном материале (прижизненные или аутопсии);
- Микробиологическое исследование легочной паренхимы >10<sup>4</sup> микробов/г ткани.

Вероятный диагноз ВАП: Симптомы ВАП +

Один из следующих признаков:

1. Положительные результаты микробиологического исследования материала из нижних отделов ТБД (БАЛ >10<sup>4</sup> КОЕ/мл или ЗЩ >10<sup>3</sup> КОЕ/мл);
2. Положительная гемокультура, не связанная с другим источником инфекции (идентичная выделенной из дыхательных путей);
3. Выделение из плевральной жидкости микроорганизмов, идентичных выделенным из дыхательных путей.

Сомнительный диагноз ВАП (вероятное исключение ВАП): отрицательные результаты микробиологического исследования + один из следующих признаков:

1. Регресс подозрительной симптоматики ВАП без антибактериальной терапии;

2. Альтернативная причина лихорадки и легочных инфильтратов.
3. Достоверное исключение ВАП:
4. Отрицательные результаты микробиологического исследования секрета нижних дыхательных путей;
5. Отсутствие гистологических данных о лёгочной инфекции при аутопсии;

Чёткое выявление альтернативной причины ОДН. Трахеобронхит, связанный с ИВЛ:

- a) Гнойный характер мокроты;
- b) Гипертермия  $> 38^{\circ}\text{C}$ , необъяснимая другими причинами;
- c) Выделение возбудителей в трахеальном аспирате  $> 10^6$  КОЕ/мл;
- d) Отсутствие новых инфильтратов на рентгенограмме органов грудной клетки.

В случаях достоверного и вероятного диагноза НП и ВАП необходимо максимально раннее начало деэскалационной антибактериальной терапии.

### Профилактика ВАП

Известно, что профилактика любого заболевания и инфекционного процесса намного проще и экономически более выгодна, нежели их лечение. Поэтому использование небольшого спектра методов профилактики ВАП позволяет достаточно эффективно снизить частоту развития ВАП и уменьшить материальные затраты на лечение.

Должное внимание следует уделять соблюдению элементарных санитарногигиенических норм при обработке кожи больного, туалете, уходе за полостью рта и желудочным зондом и требований асептики при работе с сосудистыми и уретральными катетерами, при санации трахеобронхиального дерева, при бронхоскопии. Известно, что мытье рук является самым дешевым и, по видимому, одним из самых простых способов предотвращения распространения инфекции внутри отделения (табл. 3).

Таблица 3

Эффективность методов профилактики развития ВАП

Методы профилактики ВАП	Уровень доказательности
Аспирация содержимого ротоглотки	A
Мытье рук	B
Положение больного ортостаз	B
Профилактика пареза ЖКТ	B
Ограничение антацидов	B
Обработка хлоргексидином	B

Регулярное удаление секрета из «надманжеточного» пространства является одной из мер профилактики затекания инфицированного секрета в трахею и бронхи. Многократное использование санационных катетеров недопустимо. В настоящее время существуют так называемые закрытые системы для санации ТБД.

Снижения риска развития ВАП в определенной степени можно добиться путем сокращения, по возможности, сроков принудительной вентиляции легких с применением современных принципов «щадающей» ИВЛ, сохранения спонтанной дыхательной активности, тщательной адаптации режимов и параметров вентиляции к потребностям больного, своевременного перехода на вспомогательные режимы ИВЛ с сохранением кашлевого рефлекса и спонтанной дыхательной активности больного, и неинвазивной вентиляции.

Возвышенное положение до  $45^{\circ}$  головного конца кровати самый простой из профилактических мер. В этом положении улучшается функция мышц диафрагмы и мышц живота, снижается гидростатическое давление в легких, облегчается эвакуация содержимого желудка и пассаж по кишечнику, уменьшается регургитация, не говоря уже о положительных гемодинамических эффектах вертикального положения.

Нарушение функции ЖКТ является источником системной воспалительной реакции (СВР), а при парезе ЖКТ рассматривается, как не санированный бактериальный очаг. Поэтому профилактика и лечение дисфункции ЖКТ, равно, как и раннее начало энтерального питания являются принципиальными моментами лечения больных в критическом состоянии, профилактики развития синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), ВАП, сепсиса.

Показаниями к применению селективной деконтаминации ЖКТ у больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии обычно являются: искусственная вентиляция легких  $> 48$  часов, профилактика и лечение полиорганной недостаточности, предоперационная подготовка больных с

повышенным риском, обширные ожоги, парез ЖКТ, лечение больных с тяжелыми инфекционными осложнениями, сепсисом, антибактериальной терапии при высоком риске размножения потенциально патогенной флоры. Селективная деконтаминация ЖКТ является не только эффективной мерой профилактики инфекционных осложнений у конкретного больного, но и способствует улучшению микроэкологии в отделении, где находится больной, уменьшает вероятность перекрестного заражения. При использовании этой методики в сочетании с профилактикой образования стрессорных язв ЖКТ можно существенно сократить частоту легочных инфекционных осложнений и связанную с ними летальность.

Рекомендации по лечению ВАП динамично дополняются в связи с изменением технологии лечения тяжелых больных, этиологической структуры ВАП, появлением новых медицинских технологий и антибактериальных препаратов (АБП). В настоящее время этой проблеме посвящено большое количество исследований.

Основными принципами лечения ВАП являются:

1. Своевременная диагностика;
2. Объективная оценка тяжести состояния;
3. Рациональная антибактериальная терапия;
4. Сопутствующая терапия;
5. Стандартизация лечения, использование стандартов и протоколов;
6. Усовершенствование используемых стандартов и протоколов лечения.

Выделяют два подхода антибактериальной терапии: эмпирический и целенаправленный.

Эмпирическое лечение начинается на основании клинических данных до получения данных микробиологического исследования. В этом случае предполагается более худший прогноз: полимикробный характер пневмонии, наличие полирезистентной грамотрицательной и грамположительной флоры [12]. Поэтому, как правило, терапия носит комбинированный характер, одновременно применяются 2-4 АБП.

Целенаправленное лечение подразумевает постоянный мониторинг микробиологического «пейзажа» ОРИТ, выделение у больного конкретных возбудителей и своевременное применение соответствующих АБПТ.

#### **Принципы лечения ранней ВАП:**

Преимущества ранней эффективной терапии могут быть получены при использовании: высокоактивного АБП, достижения необходимых концентраций АБП в месте поражения, наличие активности АБП в месте поражения. Раннее назначение антибиотиков широкого спектра приводит к снижению летальности, предотвращению нарушения функции органов, снижению длительности госпитализации и снижению расходов.

Правильное использование антибиотиков имеет особое значение на фоне неуклонного повсеместного роста резистентности грамотрицательных микроорганизмов.

#### **Стартовая терапия госпитальных инфекций:**

Факторы, принимаемые во внимание при выборе стартовой антибактериальной терапии:

1. Микробиологические данные;
2. Монотерапия или комбинированная терапия;
3. Дозирование и дозовый режим;
4. Способность к пенетрации;
5. Время;
6. Токсичность;
7. Риск влияния резистентности на исход терапии;
8. Предлеченность антибиотиками.

Раннее начало адекватной АБТ, до получения результатов посева, может улучшить результаты лечения. Задержка терапии до получения микробиологических данных (даже на 2 часа) для больных ВАП связана с повышенным риском летальных исходов.

АБТ препаратами, обеспечивающими максимально широкий спектр антибактериального действия, должна начинаться у большинства больных немедленно после диагностики ВАП по клиническим признакам. Выделение возбудителя из нижних дыхательных путей подтверждает диагноз ВАП, способствует переходу к этиотропной АБТ.

Эмпирический выбор антибиотиков должен адекватно охватывать всех вероятных возбудителей. Принцип максимально эффективной АБТ должен использоваться при назначении и эмпирической, и целенаправленной терапии. Особенно это важно после получения результатов посева и уменьшения вероятности неадекватной терапии ВАП. Эмпирическая терапия инфекции, вызванной

грамотрицательными и грамположительными возбудителями, включая метициллинрезистентный *S. aureus* (MRSA), должна проводиться до тех пор, пока инфекция этими возбудителями не будет исключена микробиологически. АБТ обязательно должна применяться у тяжелых больных с клиническими признаками ВАП. Выбор препаратов должен учитывать высокую вероятность наличия резистентной флоры. Комбинированная терапия должна включать препараты, активные в отношении грамотрицательных возбудителей (например, карбапенемы или антисинегнойные цефалоспорины с фторхинолонами или аминогликозидами), и ванкомицин (подавление MRSA). Эти комбинации могут быть изменены после получения результатов микробиологического исследования.

Бета-лактамы (цефалоспорины, карбапенемы и другие), гликопептиды и макролиды подавляют рост бактерий в зависимости от времени. Концентрация препарата, превышающая в 2-4 раза минимальную подавляющую концентрацию (МПК), эффективно ингибирует рост микробов, и повышение концентрации (дозы) не усиливает этот эффект. Особую важность для эффективного применения препаратов играет кратность введения или точность соблюдения интервалов между введениями препаратов.

Аминогликозиды, фторхинолоны и метронидазол подавляют рост бактерий в зависимости от концентрации. Наиболее эффективное подавление роста бактерий происходит при концентрации или дозе препарата, способной достигать уровня 10-12 МПК. Важным для эффективного применения препарата является создание высоких концентраций, поэтому введение препарата может быть 1-2 раза в сутки. Доказана клиническая эффективность однократного введения суточной дозы аминогликозидов.

Учитывая высокую угрозу жизни при развитии ВАП в последнее время доказана клиническая эффективность максимального принципа стартовой антибактериальной терапии ВАП, которая является жизненно спасающей стратегией.

Контроль эффективности лечения ВАП заключается в мониторинге динамики клинической картины, данных физикальных, лабораторных и инструментальных методов исследования:

- динамика температуры тела;
- динамика лейкоцитоза;
- динамика рентгенограммы и компьютерной томограммы легких;
- динамика PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>;
- динамика КОЕ;
- динамика PCT, CRP и других маркеров инфекции.

Следует особо подчеркнуть, что микробиологический мониторинг (локальный, многоцентровой, комбинированный) является необходимым и одним из ведущих факторов, определяющих эффективность лечения больных с гнойно-септическими осложнениями, ВАП, сепсисом.

Продолжительность антибактериальной терапии ВАП, при адекватном лечении основного заболевания и сопутствующем лечении, как правило, составляет 5-7 суток.

Следует так же отметить, что недостатками формального использования стандартов и протоколов лечения ВАП являются:

- назначение антибиотиков больным без ВАП ведет к росту внутрибольничных полирезистентных штаммов;
- назначение антибиотиков может маскировать клинику внелегочных очагов инфекции.

Основными принципами антибактериальной терапии ВАП являются:

- контроль «микробиологического пейзажа» отделения (микробиологические исследования материала должны проводиться до начала антибактериальной терапии);
- определение МПК в каждом конкретном клиническом случае и назначение тех антибиотиков, к которым уровень устойчивости менее выражен;
- деэскалационный принцип антибактериальной терапии;
- аргументированное назначение антибиотиков с учетом резистентности возбудителя при неэффективности первоначальной терапии;
- комбинированные режимы терапии с включением тех антибиотиков, к которым отмечается невысокий уровень устойчивости (β-лактамы + аминогликозид + фторхинолон);
- применение антибиотиков в максимальных дозах;
- пролонгированные (не менее 4х часов) инфузии β-лактамов;
- короткие (не более 5-7 суток) курсы антибактериальной терапии за исключением случаев ВАП, вызванной *P. aeruginosa*.

Антибиотикорезистентность является проблемой глобального масштаба, рост которой отмечается в последние 10-15 лет, что приводит к повышению заболеваемости, продолжительности лечения, увеличению материальных затрат и летальности. Данная проблема наблюдается как в больницах, так и вне стационаров и возникает в результате действия различных факторов, час то вследствие не правильного применения антибиотиков.

Угрожающе широкое распространение грамотрицательных бактерий, продуцирующих  $\beta$  лактамазы, использованием стандартных методов оценки антибиотикочувствительности, не выявляющие механизмов антибактериальной резистентности, приводят к сложностям диагностики и ухудшению результатов лечения ИСМП.

По данным ряда авторов за последние годы отмечается тенденция к росту полирезистентных штаммов (*S. aureus*, *P. aeruginosa*, ванкомицинрезистентные энтерококки, *K. pneumoniae*, продуцентов  $\beta$  лактамазрасширенного спектра) [1, 2].

Резистентность к АБТ варьирует в разных странах, но в целом по миру она растет. Это связано с неадекватной эмпирической и стартовой антибактериальной терапией (использование антибиотика, к которому микроорганизм нечувствителен), что, естественно, ведет к селекции антибиотикорезистентных микроорганизмов.

Основными принципами профилактики и преодоления развития антибиотикорезистентности являются:

- обязательное применение рутинных методов профилактики распространения инфекции в стационаре;
- внедрение в клиническую практику новых методов профилактики инфекционных осложнений;
- адекватная и своевременная диагностика инфекционных осложнений;
- использование современных методов диагностики;
- использование локального и расширенного микробиологического мониторинга;
- рациональная антибактериальная терапия вне и внутригоспитальной инфекции;
- постоянное совершенствование знаний в области профилактики и лечения инфекционных осложнений.

**Выводы:** Современные представления о ВАП и целом ИСМП изменяются. Само возникновение ВАП явилось результатом внедрения ИВЛ для лечения дыхательной недостаточности. Использование передовых технологий для раннего выявления и идентификации возбудителя ВАП позволяет своевременно начинать аргументированную антибактериальную терапию, что позволяет снизить летальность и экономические затраты на лечение.

#### **Литература**

1. Яковлев С.В. Госпитальные пневмонии вопросы диагностики и антибактериальной терапии *Consilium medicum* 2000, 2, 400-404.
2. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Белоцерковский Б.З. и соавт. Нозокомиальная пневмония, связанная с ИВЛ у хирургических больных. М.; 2000.
3. Белобородова Н.В. Бактериemia и сепсис. Пособие для врачей «Инфекция в стационаре». М.; 2008.
4. Стандартные операционные процедуры в отделениях высокого риска №236, МЗ КР. - Бишкек 2017. 59 стр.
5. Bagshaw S.M., Laupland K.B. Epidemiology of intensive care unit acquired urinary tract infections. *Curr. Opin. Infect. Dis.* 2006; 19 (1): 67-71.
6. Chastre J., Fagon J.Y., Soler P. et al. Diagnosis of nosocomial bacterial pneumonia in intubated undergoing ventilation: comparison of the usefulness of bronchoalveolar lavage and protected specimen brush. *Amer. J. Med.* 1988; 85 (4): 499-506.
7. Christ Crain M., Jaccard Stolz D., Bingisser R. et al. Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: clusterrandomised, singleblinded intervention trial. *Lancet* 2004; 363 (9409): 600-607
8. Edmondson E.B., Reinartz J.A., Pierce A.K., Sanford J.P. Nebulization equipment: a potential source of infection in gramnegative pneumonia's. *Amer. J. Dis. Child* 1966; 111 (4): 357-360.
9. Grigoriu B., Jacobs F., Beuzen F. et al. Bronchoalveolar lavage cytological alveolar damage in patients with severe pneumonia. *Crit. Care* 2006; 10 (1): R2.
10. Guidelines for the management of adults with hospitalacquired, ventilator associated, and health care associated pneumonia. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2005, 171 (4): 388-416.
11. Kollef M.H. Ventilatorassociated pneumonia: the importance of initial empirical antibiotic selection. *Infect. Med.* 2000; 17 (4): 265-268, 278-283.
12. Nijsten M.W., Olinga P., de Vries E. G. et al. Procalcitonin behaves as a fast responding acute phase protein in vivo and in vitro. *Crit. Care Med.* 2010; 28 (2): 458-461.
13. Rello J., Ollendorf D.A., Oster G. et al. Epidemiology and outcomes of ventilator associated pneumonia in a large US database. *Chest* 2012, 122 (6): 2115-212

## ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Молдоташова А.К.<sup>1</sup>, Анищук Е.А.<sup>2</sup>, Акимов М.М.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Кафедра Анестезиологии и реанимации КГМИПиПК

<sup>2</sup>Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до и после клинического обучения КГМА им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье рассмотрены анализ тактики и результатов длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у пациентов неврологического профиля. Исследование проводилось в национальном госпитале министерства здравоохранения (НГ МЗ). Критерием включения являлась длительная ИВЛ – 48 часов у 84 больных с неврологическими заболеваниями. Режимы вентиляции, уходы за верхними дыхательными путями, протезирование верхних дыхательных путей проводились с соблюдением требований инфекционного контроля. Были выявлены значительные различия в структуре показаний к ИВЛ и в длительности респираторной поддержки в зависимости от неврологической нозологии и локализации очага и некоторые факторы риска развития вторичной пневмонии.

**Ключевые слова:** искусственная вентиляция легких, респираторная поддержка, субарахноидальное кровоизлияние, трахеостомия, вторичная пневмония.

## НЕВРОЛОГИЯЛЫК БЕЙТАПТАРГА ӨПКӨНҮН ЖАСАЛМА ЖЕЛДЕТҮҮСҮ

Молдоташова А.К.<sup>1</sup>, Анищук Е.А.<sup>2</sup>, Акимов М.М.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорлатуу медициналык институтунун анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы КМКДЖАЖМИ

<sup>2</sup>И.К. Ахунбаев атындагы КММА дипломдон кийинки жана дипломго чейин

билим берүү анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада неврологиялык бейтаптарга өпкөнүн узак жасалма желдетүүнүн(□ЖЖ) тактикасы жана натыйжалары каралган. Изилдөө Саламаттык сактоо министрлигинин улуттук госпиталында жүргүзүлгөн(ССМ УГ). Изилдөөгө тандоонун критерийи катары узак □ЖЖ – 48 саат бою жаткан 84 неврологиялык бейтаптар тандалган. Желдетүүнүн иштөө режими, жогорку дем алуу жолдорун кароосу, жогорку дем алуу жолдорун протездөө инфекциялык текшерүүнүн талаптары сакталып аткарылган. Неврологиялык нозологияга жана очагдын жайгашуусуна жараша □ЖЖ көрсөтмөсүнүн түзүлүшүндө жана респиратордук жардамдын узактыгында айырмачылыктар жана экинчи иреттеги пневмониянын пайда болушунун кээ бир тобокелдик факторлору аныкталган.

**Негизги сөздөр:** өпкөнүн жасалма желдетүү, респиратордук жардам, субарахноидалдык кан куюлуусу, трахеостомия, экинчи ирет пневмония.

## MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS OF NEUROLOGICAL PROFILE

<sup>1</sup>Moldotashova A.K., Anishchuk E.A.<sup>2</sup>, Akimov M.M.<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Department of Anaesthesiology and Intensive Care of KSMIRaIQ

<sup>2</sup>KSMA named after I.K. Akhunbaev,

Department of Anaesthesiology and Intensive Care before and after clinical training

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** In the article the analysis of tactics and results of prolonged mechanical ventilation in patients of neurological profile. The study was conducted in National Hospital. Criterion for inclusion was prolonged MV – 48 hours by 84 patients with neurological diseases. Ventilation mode, taking care of the upper airways, dentures upper respiratory tract was conducted in compliance with infection control. Significant difference were found in the structure of the indications for mechanical ventilation and the duration of respiratory support, depending on the neurological nosology and localization of the hearth and some risk factors for development of secondary pneumonia.

**Key words:** Mechanical ventilation, subarachnoid hemorrhage, tracheotomy, secondary pneumonia.

История применения ИВЛ была в 1952 году в Европе для лечения больных от полиомиелита [1,2,3]. При этом для ИВЛ использовались ручные меха с привлечением в процесс 1500 студентов-медиков добровольцев. Vjorn Ibsen в 1953 году возглавил первое в мире отделение интенсивной терапии, став в Европе «отцом интенсивной терапии».

На сегодня ИВЛ является важным методом лечения больных отделений интенсивной терапии. В проведенной работе выполнен анализ длительной ИВЛ в лечении больных НГ МЗ КР за 2015-2017 гг.

**Материалы и методы.** В исследование включено 84 больных, находившихся на лечении в отделениях анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии НГ МЗ КР. Критерием включения больных в исследование являлась длительность ИВЛ более 48 часов. Среди включенных в исследование больных было 37 мужчин и 47 женщин в возрасте от 18 до 89 лет (средний возраст составил  $36,7 \pm 19,4$  лет). В таблице 1 представлено разделение больных по нозологическим видам. Проанализированы причины длительной ИВЛ, показания к ИВЛ у данной категории больных, сроки экстубации, методы и сроки наложения трахеостомии, частота развития осложнений.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим видам (N=84)

Нозология	N	%
Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу	42	50%
ОНМК по геморрагическому типу – гипертонические внутримозговые кровоизлияния, субарахноидальные кровоизлияния	21	25%
Разрыв артериальной аневризмы, артериовенозных мальформаций	12	14,3%
Другие заболевания ЦНС: синдром Гиена Барре, миастении	9	10,7%

Больные с субарахноидальными кровоизлияниями, вследствие разрыва артериальных аневризм сосудов головного мозга были разделены на 4 подгруппы в зависимости от локализации аневризмы (таблица 2).

Таблица 2

Распределение пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями по локализации аневризмы, N=21

Локализация	N	%
Средняя мозговая артерия (СМА)	11	52,4
Передняя соединительная – передняя мозговая артерия (ПСА-ПМА)	6	28,6
Внутренняя сонная артерия (ВСА)	3	14,3
Вертебро-базиллярная система (ВБС)	1	4,7

Из 84 больных ИВЛ проводили 46 (54,7%) через оротрахеальную интубационную трубку, 19 (22,6%) – была установлена стойкая безканюльная трахеостомия и респираторная поддержка проводилась через трахеостомическую трубку.

Показаниями для выполнения трахеостомии были:

1. Прогнозируемая длительная ИВЛ (>10 суток);
2. Грубые бульбарные нарушения [3].

Кожа вокруг безканюльной трахеостомы обрабатывалась раствором Хлоргексидина 2%, перевязки выполнялись 1 раз в сутки. Санация носовых ходов выполнялась 2-4 раза в сутки. Полость рта и зубы обрабатывались с использованием раствора Хлоргексидина 0,2% два раза в сутки.

Санация трахеи выполнялась с использованием одноразовых стерильных катетеров с последующей утилизацией. При наличии избыточного количества мокроты гнойного характера при санации использовались раствор фурацилина или физиологического раствора. При санационных бронхоскопиях использовались те же растворы. У всех трахеостомированных больных были использованы трахеостомические трубки без канала для санации надманжеточного пространства. Использование таких трубок не позволяло эффективно удалять из трахеи секрет, скапливающийся выше герметизирующей манжеты и промывать верхние отделы трахеи и гортань.

Искусственная вентиляция легких проводилась с использованием аппаратов Draeger Primus экспертного класса и Fabius Plus Draeger (Дрэггер, Германия). Стартовым режимом ИВЛ во всех случаях был режим Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV). Дыхательный объем составлял 8-10 мл/кг. Исходная частота дыханий составляла 12-14 в минуту. Поддержка давлением составляла 12-16 мбар. При появлении самостоятельных дыхательных попыток частота дыхания аппаратных вдохов уменьшалась, а уровень поддержки давлением подбирался с целью обеспечения нормовентиляции (минутный объем 100 мл/кг/мин, PaCO<sub>2</sub> 35-40 мм. рт. ст.). При развитии бради- или тахипноэ наращивалась частота принудительных вдохов.

У больных, находившихся на ИВЛ более 24 часов, для увлажнения дыхательной смеси использовались увлажнители, пристроенные к респиратору.

**Результаты и обсуждение.** Средняя продолжительность ИВЛ составила  $8,7 \pm 12,7$  (от 3 до 25 суток). Длительность ИВЛ была ниже у больных с гипертоническими внутричерепными кровоизлияниями по сравнению с другими группами. Длительность ИВЛ у больных с остальными нозологиями статистически значимо не различались. Первой причиной длительной ИВЛ было угнетение сознания – 21 больных (25%), дисфункция ствола головного мозга у 8 (9,52%) больных, из которых у 5 (12%) отмечено угнетение респираторного драйва, а у 6 (16,3%) грубые бульбарные нарушения, требующие длительного протезирования дыхательных путей. У 7 (14,7%) больных причиной длительной ИВЛ была необходимость седации в связи с судорожным синдромом или психомоторным возбуждением (4 больных). Дыхательная недостаточность, связанная с заболеванием легких, была причиной ИВЛ всего у 4 (2,2%) больных. Распределение больных по причине длительной ИВЛ с учетом нозологии представлено в таблице 3.

Таблица 3

Длительность ИВЛ у больных с различной нозологией (сут.)

Нозология	Сутки
ОНМК по ишемическому типу	$8,6 \pm 13$
ОНМК по геморрагическому типу – гипертонические внутричерепные кровоизлияния, субарахноидальные кровоизлияния	$11,4 \pm 14$
Разрыв артериальной аневризмы, артериовенозных мальформаций	$12,8 \pm 16$
Другие заболевания ЦНС: синдром Гиене Барре, миастении и др.	$17,5 \pm 24,0$

Среди больных с ишемическими процессами в полушариях и на основании головного мозга основным показанием к продленной ИВЛ было угнетение сознания. Среди больных, оперированных на задней черепной ямке, основным показанием к длительной ИВЛ служила стволовая дисфункция либо в виде угнетения респираторного драйва, либо в виде бульбарных нарушений. Хотя бульбарные нарушения напрямую не являются показанием к ИВЛ, а требует защиты протезирования дыхательных путей, в нескольких наблюдениях наличие тяжелого бульбарного синдрома стали причиной длительной ИВЛ. Средняя длительность ИВЛ у этой подгруппы больных составила  $4,2 \pm 2,7$  суток. Из 9 больных с бульбарным синдромом 5 больных были успешно экстубированы на 3-5 день после операции. У 3х больных попытка экстубации оказалась неуспешной и для защиты дыхательных путей от аспирации была выполнена трахеостомия, после чего ИВЛ была прекращена.

Нарушение кровообращения стволовых структур может сопровождаться различными вариантами дыхательной недостаточности центрального генеза. Поражение верхних мотонейронов дыхательной группы, расположенных в вентральной и дорсальной группах медуллярных нейронов, приводит к резкому снижению силы дыхательных попыток при сохраненном ритме дыхания. Клинически это проявляется поверхностным дыханием с нормальной или повышенной частотой, приводящим к клинической картине вентиляционной дыхательной недостаточности. Среди больных, оперированных по поводу околостволовых гематом, развитие поверхностного дыхания с нормальной или повышенной частотой было отмечено у 2 пациентов. Средняя длительность ИВЛ в этой подгруппе больных составила  $28,6 \pm 12,1$  суток. При этом большую часть времени ( $20,2 \pm 8,4$  суток) ИВЛ осуществлялась в режиме Pressure Support Ventilation (PSV).

При поражении бульбоспинального тракта развивается поверхностное дыхание со сниженной частотой, вплоть до апноэ. Такой вариант нарушения центральной регуляции дыхания нами был отмечен в 4 случаях. Средняя длительность ИВЛ в этой подгруппе больных составила  $12,4 \pm 18,7$  суток, из которых  $15,6 \pm 10,5$  суток ИВЛ осуществлялась в режиме SIMV с частотой принудительных вдохов 8-10 в мин.

У пациентов с ишемическими поражениями в базальные ядра и осложненным течением послеоперационного периода чаще, чем в других группах развивался психомоторное возбуждение, спутанность, дезориентация в месте, времени, личной ситуации, а также агрессия по отношению к самим себе и медицинскому персоналу. Это требует седации, которая может вызывать гипоксемию и вторичное повреждение головного мозга. Поэтому такие больные нуждались в продолжении ИВЛ. Необходимость седации в связи с психомоторным возбуждением требовал проведения пролонгированной ИВЛ (7 больных). Угнетение уровня сознания до комы являлось абсолютным показанием к проведению ИВЛ. Коматозное состояние отмечалось у 9 (42,9%) больных с осложненным течением послеоперационного периода. При угнетении сознания до сомноленции – сопора у больных разви-

вался изменение респираторного драйва по типу частого поверхностного или редкого поверхностного дыхания. Это приводило к развитию гипоксемии, гипервентиляции.

### ИВЛ при субарахноидальных кровоизлияниях (САК)

Средняя длительность ИВЛ у пациентов с САК вследствие разрыва артериальных аневризм сосудов головного мозга составила  $16,8 \pm 23$  суток. При этом наибольшая длительность ИВЛ была при разрывах артериальных аневризм СМА, а наименьшая при разрывах артериальных аневризм ПМА-ПСА.

При разрывах аневризм СМА и ВСА наиболее частой причиной пролонгирования ИВЛ служило угнетение сознания [3,4]. При разрывах ПМА-ПСА более частой причиной пролонгирования ИВЛ служила необходимость седации в связи с психомоторным возбуждением. Из двух больных с аневризмами в бассейне вертебробазиллярной системы у одной больной продленная ИВЛ была обусловлена угнетением уровня сознания до комы, а у одного больного стволовой дисфункцией, проявляющейся, в том числе, угнетением респираторного драйва (таблица 4).

Таблица 4

Распределение пациентов с ОНМК по причинам ИВЛ в зависимости от пораженного бассейна

Причины	СМА (N=11)	ПМА-ПСА (N=6)	ВСА (N=3)	ВБС (N=1)	Всего (N=21)
Угнетение сознания	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (100%)	3 (14,3%)
Дисфункция ствола	0 (0%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	2 (9,5%)
Угнетение респираторного драйва	2 (18,2%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	4 (19%)
Бульбарные, псевдобульбарные нарушения	2 (12,5%)	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)
Седация	4 (36,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)
Судорожный синдром, психомоторное возбуждение	2 (18,2%)	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)

### Вторичные пневмонии (ВП)

Диагноз пневмонии выставлялся при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме легких и наличии, как минимум, двух из четырех следующих критериев после третьего дня госпитализации: температура тела больше  $38,0^{\circ}\text{C}$  или меньше  $36,0^{\circ}\text{C}$ ; наличие гнойной мокроты; лейкоцитоз больше 11 тыс/мл или лейкопения менее 4 тыс/мл. Частота развития вторичной пневмонии составила 1,7% (10 из 84 больных). Достаточно низкую, по сравнению с литературными данными [5,6,7], частоту развития ВП мы связываем, в первую очередь, с выполнением поздней трахеостомии.

Более высокая частота развития ВП у пациентов с ОНМК по геморрагическому типу были, по видимому высоким риском аспирации на догоспитальном этапе, неадекватным увлажнением вдыхаемой смеси при проведении ИВЛ по месту первичной госпитализации. Другим фактором риска развития ВП служила неуспешная попытка экстубации с последующей многократной реинтубацией.

Как было указано выше, из 84 пациентов, нуждавшихся в продленной ИВЛ, 19 (22,6%) были трахеостомированы и у них респираторная поддержка сразу проводилась через трахеостомическую трубку. Средний срок трахеостомии составил  $6,4 \pm 3,9$  суток. Частота развития пневмонии в группе больных, у которых была выполнена экстубация с последующей реинтубацией, составила 34,5% (29 из 84 больных). В группе больных, у которых была выполнена успешная экстубация, частота пневмонии составила всего 13% (6 из пациентов) (таблица 5).

Таблица 5

Влияние неуспешной экстубации на частоту развития ВП

		Частота ВП	
		N	%
Успешная экстубация (N=46)		46	54,7%
Ранняя трахеостомия (N=9)		9	10,7%
Реинтубация	С последующей экстубацией (N=10)	10	11,9%
	С последующей трахеостомией (N=19)	19	22,6%
Всего		84	100%

**Заключение:** Таким образом, можно сделать вывод, что неуспешная экстубация является фактором риска развития вторичной пневмонии, в связи с чем, актуальной задачей является адаптирование принятых для общереанимационных больных критериев готовности к отлучению от ИВЛ под

особенности неврологических больных, что вероятно позволит снизить частоту неуспешных экстубаций и связанных с ними осложнений. При анализе зависимости частоты развития ВП от причины пролонгирования ИВЛ было выявлено, что частота ВП была значимо выше в группах пациентов, у которых ИВЛ проводилась в связи с угнетением сознания.

Выполненный анализ тактики и результатов длительной ИВЛ показал, что имеются значительные различия в стратегии респираторной терапии у разных категорий неврологических больных. Нам представляется актуальным проведение проспективных исследований, целью которых будет разработка алгоритмов подбора режимов и параметров вентиляции, а также оценки готовности к прекращению ИВЛ у неврологических больных, изучение возможностей использования новых интеллектуальных режимов вентиляции в реанимационных отделениях.

#### **Литература:**

1. Виленский Б.С. Соматические осложнения инсульта // *Неврологический журнал*. – №3. – 2003. – стр. 4-10.
2. Молдоташова А.К. Рекомендации по введению пострадавших вследствие тяжелых ЧМТ. – Бишкек. -124 стр.
3. Молдоташова А.К., Черномазова Е.А., Бабаев В.В. и др. Оценка эффективности лечения синдрома Гийена-Барре в условиях реанимации. // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. - 2017. - С.70 – 75.
4. Шпанер Р.Я. Респираторная поддержка больных в остром периоде субарахноидального кровоизлияния. // *Вопросы современной клинической медицины*. 2015. - С. 68-73.
5. Addington W.R., Stephens R.E., Gilliland K.A. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison. // *Stroke*. – 1999. – 30. – 6. – P.1203–1207.
6. Chastre J. and J.-Y. Fagon Ventilator-associated pneumonia // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, April 1. – 2002. – 165 (7). – P.867 – 903.
7. Collard H. R., S. Saint, and M. A. Matthay Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: An Evidence-Based Systematic Review *Ann Intern Med.* // *March 18.* – 2003. – 138 (6). – P.494 – 501.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ РАСТВОРОМ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДА**

**М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, М.К. Жаманкулова, С.А. Ахматов**  
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),  
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Представлены результаты лечения 78 больных с эхинококкозом печени, у которых для обеззараживания был применен препарат Димексид. Из 78 больных женщин было 46 (59%) мужчин 32 (41%), возраст их колебался от 18 до 72 лет. Проведены исследования в клинике с применением 50% раствора димексида на основании результатов эксперимента, показавшего, что при применении данной концентрации препарата 100% гибель протосколексов возникает уже на 3-4 минуте. В отдаленном периоде (до 1 года) рецидивов не выявлено.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, печень, обеззараживание, профилактика рецидива, диметилсульфоксид.

### **ЭХИНОКОККОЗ ЫЙЛАКЧАСЫН ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИД ЭРИТМЕСИ МЕНЕН ЗЫЯНСЫЗДАНДЫРУУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮН БААЛОО**

**М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, М.К. Жаманкулова, С.А. Ахматов**  
И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык  
академиясы (ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),  
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Эхинококкоз оорусу менен дарыланган 78 бейтапта зыянсыздандыруу үчүн димексид препараты колдонулган иштин жыйынтыгы.

78 бейтаптын ичинен 46 (59%) аялдар, эркектер 32 (41%), жашы 18ден 72ге чейин болгон боордун эхинококкозу менен ооруган бейтаптарда зыянсыздандыруу үчүн димексид препараты колдонулган. Клиникада 50% димексид аралашмасын колдонуу менен изилдөөлөр жүргүзүлдү. Алынган тажрыйбаларда көрсөтүлгөндөй 50% димексид эритмеси протосколекстерди 3-4 минутада эле өлтүрө алат.

Ооруунун кайра келип чыгышы (1 жылдын ичинде) катталган жок

**Негизги сөздөр:** боордун эхинококкоз оорусу, зыянсыздандыруу, алдына алуу, Димексид эритмеси.

## EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DECONTAMINATION OF THE ECHINOCOCCAL CYST BY THE DIMETHILSULFOXIDE SOLUTION

M.S Aitnazarov, N.B. Kasiev, M.K. Zhamankulova, S.A. Ahmatov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector-dms professor Kudaibergenova I O),

Department of General Surgery with a course of Combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Abstract:** The result of applying Dimexidum preparation for decontamination of the treatment 78 patients who suffer from echinococcus have been shown.

The Dimexidum preparation were used for decontamination of the patient aged between 18-72, of which 46 (59%) are women, 32 (41%) are men who suffer from liver echinococcus, studies have been investigated. With applying 50% of dimexidum solution, and the results have shown that the death of proto-scoxes occurs in 3-4 minutes. Recently (within 1 year) the disease hasn't evolved.

**Key words:** Liver, echinococcus, decontamination, prevention, dymethylsulfoxide.

**Введение.** Эхинококкоз – это серьезное паразитарное заболевание, которое поражает как животных, так и людей, с множественными осложнениями и частым рецидивом. Как эндемическое заболевание, оно приводит к социальным и экономическим потерям. Хотя заболевание может наблюдаться во всех возрастных группах, 50-55% случаев встречаются в возрастной группе 20-40 лет [1,2]. Рецидив болезни и в настоящее время держится на высоком уровне и достигает 10-24% [3,4,5].

С целью профилактики рецидива во время оперативного вмешательства необходима тщательная изоляция оперативного поля независимо от применяемой хирургической техники, а также использование растворов, которые убивают зародышевые элементы паразита, находящиеся в гидатидной кисте, которые потенциально способны изливаться из кисты во время хирургического вмешательства [6,7,8]. Сколексоцидные растворы, используемые в хирургии эхинококкоза, разнообразны: гипертонический солевой раствор, повидон йод, перекись водорода, йод, формалин, нитрат серебра, альбендазол, диоксидин, хлоргексидин и др., но одни из них малоэффективны, другие – токсичны, третьи – не доступны для многих лечебных учреждений [2,5,9,10].

Нами было подмечено, что сколексоцидные свойства диметилсульфоксида, который обладает выраженным противовоспалительным, местным анальгезирующим, антисептическим и фибринолитическим эффектом, способностью проникать через биологические мембраны, не были изучены.

**Цель работы:** представить эффективность раствора димексиды 50% при оперативном лечении эхинококкоза печени.

### Материал и методики исследования.

Под наблюдением находилось 78 больных с эхинококкозом печени, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1 в период с ноября-месяца 2016 г. по декабрь-месяц 2017 года включительно. Из 78 больных женщин было 46 (59%) мужчин 32 (41%), возраст их колебался от 18 до 72 лет, большинство были в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет) (табл. 1).

Таблица 1

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	старше 70
Жен.	46	59	8	9	8	5	7	5	4
Муж.	32	41	5	6	3	6	6	4	2
Всего	абс.	78	13	15	11	11	13	9	6
	%		100,0	16,6	19,2	14,1	14,1	16,6	11,5

Одиночные кисты выявлены у 48 больного, по две кисты у 20 и у 10 пациентов более трех кист. В большинстве случаев кисты располагались в правой доле печени (54 больных), у 24 – в левой и у двух в обеих долях. Основные жалобы представлены в таблице 2.

Таблица 2

## Семиотика при диафрагмальной локализации кист (n=78)

Симптомы	Всего больных	
	абс. ч.	%
Боли: в правом подреберье	58	76,1
в эпигастрии	18	23,9
Боль: постоянная	57	74,8
периодически усиливающаяся	19	25,2
Повышение температуры	49	63,2
Ознобы	5	7,4
Нарастающая слабость	71	92,6
Быстрая утомляемость	74	95,7
Тошнота	5	7,4
Рвота	7	9,2
Снижение аппетита	53	69,9
Головная боль	28	37,4
Похудение	47	61,9
Желтуха	3	4,9
Увеличение печени	22	29,4

В до- и после операционном периодах всем больным проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Компьютерная томография выполнена в трех случаях, при диафрагмальной локализации кист. Реакция с эхинококковым антигеном (Казони) проведена 62 больным с первичным эхинококкозом, в 16 случаях больные были ранее оперированы и поступили с рецидивом заболевания. Функциональное состояние печени и почек оценивалось также до- и после оперативных вмешательств по общепринятым методикам.

Препарат Димексид (диметилсульфоксид) («Татхимфармпрепараты», Россия, г. Казань) представляет собой концентрат для приготовления раствора 99% [11]. Для исследования его сколексоцидного действия, мы подготовили растворы в различном разведении: 20, 30, 50 и 99% и определили эффективный вариант для применения данного препарата. Методика исследования заключалась в следующем: интраоперационно проводили забор эхинококковой жидкости в стерильные пробирки, в условиях лаборатории в раствор Димексида добавляли стерильный физиологический раствор хлорида натрия для получения соответствующей концентрации и после различной экспозиции делали мазок, который окрашивали 1% раствором эозина и подсчитывали количество погибших сколексов на 100 особей (по методу М.Г. Кенжаева и Б.А. Акматова [12]). Известно, что погибшие сколексы окрашиваются в бурый цвет, теряют оболочку, становятся неподвижными.

Результаты наших исследований представлены в таблице 3.

Таблица 3

## Показатели действия Димексида с различной экспозицией на плодоносные элементы эхинококка

Концентрация димексида, %	Количество особей, абс. ч.	Экспозиция в минутах, процент погибших сколексов						
		1	2	3	4	5	6	7
20	100	0	20	40	54	85	96	100,0
30	100	32	57	73	100,0	100,0	100,0	100,0
50	100	60	82	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
99	100	97	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При микроскопическом исследовании живой эхинококковый сколекс имел четкую оболочку и был подвижным (рис. 1).



Рис. 1. Живой сколекс в мазке до обработки. Окраска эозином 1%, ув. 40.



Рис. 2. Протосколекс через 2 минуты при использовании 50% димексида. Окраска эозином 1%, ув. 40.

Через 2 минуты экспозиции диметилсульфоксидом наблюдалось окрашивание в бурый цвет, подвижность снижалась (рис. 2).

В мазках на третьей минуте воздействия димексидом мы обнаруживали полное разрушение оболочки сколекса, что указывало на гибель зародышевого элемента (рис. 3).

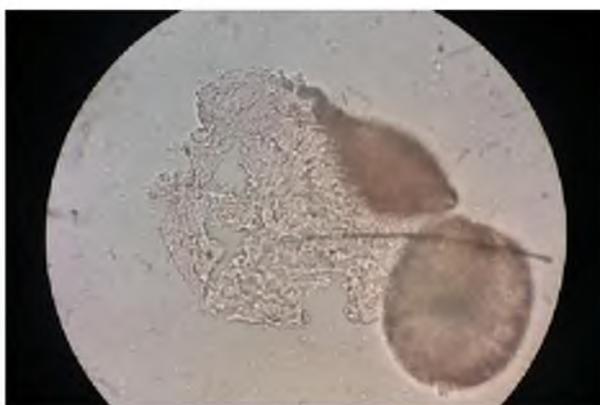


Рис. 3. Протосколекс после экспозиции 3 минут при использовании 50% димексида (окраска эозином 1%, ув. 40).

На основании полученных результатов, мы пришли к выводу, что наиболее оптимальной для обработки эхинококковой кисты является 50% концентрация диметилсульфоксида, при которой гибель сколексов и протосколексов наблюдается уже на 3 минуте экспозиции.

Учитывая результаты *in vitro*, раствор Димексида был использован нами в клинике.

#### **Результаты и обсуждение.**

После проведенного исследования сколексоцидного действия раствора Димексида *in vitro*, раствор был использован в клинике. При этом мы учитывали безопасность интрабрюшинного применения 50% раствора препарата [11]. Все больные оперированы в плановом порядке, под эндотрахеальным наркозом.

После ревизии печени и брюшной полости при обнаружении эхинококковой кисты место предполагаемой пункции обкладывали салфетками, смоченными 50% раствором Димексида, а затем выполняли пункцию троакаром или иглой диаметром 2 мм, аспирировали содержимое кисты, затем в полость вводили 50% раствор Димексида с экспозицией 5 минут. Затем капсулу рассекали, удаляли хитиновую оболочку и содержимое кисты, делали микроскопию и при этом ни у одного из 78 оперированных живых протосколексов не обнаружили.

Полость кисты после дополнительной обработки раствором Димексида ликвидировали наиболее приемлемым методом для каждого конкретного случая. У всех больных были выполнены органосохраняющие операции.

Во время операции осложнений не было, после операции у 4-х больных развился реактивный плеврит (при диафрагмальной локализации кист), у 2-х больных – желчеистечение. Данная группа больных повторно не оперирована. Все осложненные больные выписаны из стационара после излечения: при плевритах – плевральными пункциями; при желчеистечениях каждые 2 дня делали УЗИ контроль, измеряли количество желчи, выделяемой из дренажей. Держали дренажи до прекращения выделения желчи (12 и 15 суток).

В процессе лечения больных с эхинококкозом печени мы сопоставили показатели функционального состояния печени и почек до операции и к моменту выписки (табл. 4).

Таблица 4

Показатели функционального состояния печени и почек у больных эхинококкозом

Показатели	До операции, $M_1 \pm m_1$	После операции, $M_2 \pm m_2$	Практически здоровые, $M_3 \pm m_3$	P – степень достоверности
Общий билирубин, мкмоль/л	64,5±2,13	18,4±1,71	11,1±0,91	$M_1-M_2 < 0,001$ $M_2-M_3 > 0,05$
Тимоловая проба, ед	8,1±0,91	5,2±0,33	4,2±0,14	$M_1-M_2 < 0,01$ $M_2-M_3 > 0,05$
АЛТ, мккат/л	1,28±0,21	0,91±0,12	0,08±0,01	$M_1-M_2 > 0,05$ $M_2-M_3 < 0,001$
АСТ, мккат/л	1,03±0,17	0,82±0,11	0,07±0,02	$M_1-M_2 < 0,05$ $M_2-M_3 < 0,001$
Общий белок, г/л	61,2±1,17	66,3±1,92	76,3±0,13	$M_1-M_2 < 0,05$ $M_2-M_3 < 0,001$
Мочевина, ммоль/л	7,1±0,32	4,1±0,27	4,3±0,12	$M_1-M_2 < 0,01$ $M_2-M_3 > 0,05$
Креатинин, мкмоль/л	98,5±1,17	88,4±1,21	88,7±1,13	$M_1-M_2 < 0,05$ $M_2-M_3 > 0,05$

Анализ биохимических показателей крови больных показал, что до операции у ряда больных выявлено повышение уровня билирубина, трансаминаз и тимоловой пробы, снижение уровня общего белка, повышение мочевины и креатинина. К моменту выписки наблюдалась положительная динамика, снизился уровень билирубина, незначительная динамика в уровне трансаминаз, повысилось содержание общего белка, снизился уровень мочевины и креатинина.

Разработанный нами метод обеззараживания содержимого кист, полости фиброзной капсулы и выполненные исследования *in vitro* и у больных показали возможность выполнения органосохраняющих операций без риска рецидива болезни. Подтверждением этому служат отдаленные результаты. Нами исследованы отдаленные результаты у 50 больных из 78 оперированных, при этом ни у одного больного рецидива заболевания не обнаружено в сроки от 3 месяцев до 1 года.

#### Выводы:

1. Раствор диметилсульфоксида 50% концентрации обладает способностью обеззараживания плодных элементов эхинококка.
2. Клиническое применение димексида в указанной концентрации показало его безопасность и эффективность: в наших наблюдениях не выявлено рецидивов в сроки до 1 года.

#### Список литературы:

1. *The results of surgical treatment for hepatic hydatid disease [Text] / Ş. Sözen, S. Emir, M. Tükenmez et al. // Hipokratia. - 2011. - Vol. 15(4). - P.327-329.*
2. *Scolicidal agents in hydatid cyst surgery [Text] / H. Besim, K. Karayalçin, O. Hamamci et al. // HPB Surg. -1998. - Vol. 10(6). - P.347-51.*
3. *Мусаев, А.И. Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм эхинококкоза печени [Текст] / А.И. Мусаев, Ж.О. Белеков, Р.М. Баширов. – Бишкек: Continent, 2004. – 258 с.*
4. *Толстиков, А.П. Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени [Текст] / А.П. Толстиков, А.В. Абдульянов, М.А. Бородин // Практическая медицина. – 2013. - №2. – С.95-96.*
5. *Landa, G.L. Evaluation of scolicidal agents in an experimental hydatid disease model [Text] / G.L. Landa // Eur. Surg. Res. – 2007. – Vol. 29, №3. – P.202-208.*
6. *Pakala, T. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review [Text] / T. Pakala, M. Molina, G.Y. Wu // J Clin Transl Hepatol. – 2016. – Vol. 4(1). – P.39-46.*
7. *Альперович, Б.И. Хирургия печени [Текст] / Б.И. Альперович. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.*
8. *Омурбеков, Т.О. Эхинококковая болезнь у детей [Текст] / Т.О. Омурбеков. – Бишкек: Бийиктик, 2002. – 185 с.*
9. *Штофин, С.Г. Способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии [Текст] / С.Г. Штофин, Г.С. Штофин // Материалы XXII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. – С.139-140.*

10. Тешаев, О.Р. Новый способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии [Текст] / О.Р. Тешаев, Н.К. Олимов, С.У. Алимов // *Материалы XXII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ*. – Ташкент, 2015. – С.135-136.
11. Машковский, М.Д. Лекарственные средства / М.Д. Машковский. – М.: "Новая волна", 2004: 14-е изд. – Т.1. – С. 175-176.
12. Кенжаев, М.Г. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива [Текст] / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов. – Бишкек: Медфарминфо, 2001. –160 с.

## **МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОЗА**

**А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев, Максут уулу Э., Т.А. Калыбеков, А.И. Балтабаев**  
 Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева  
 (ректор – д.м.н., профессор И.О. Кудайбергенова)  
 Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
 г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Цель работы – представить результаты эхинококкэктомии, выполненной у 125 больных эхинококкозом печени. Из них контрольная группа составила 62 (49,6%), основная 63 (50,4%) больных. В контрольной группе проведено традиционное лечение, а в основной группе орошение остаточной полости фиброзной капсулы озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией 8-10 мкг/мл и декасаном 0,02%, до операции и к ее окончанию вводили внутривенно 1,0 цефазолина или 1,0 цефтриаксона, а после операции выполняли аспирацию из полости фиброзной капсулы. В основной группе осложнения возникли у 3 (4,8%), а в контрольной группе у 7 (11,3%).

**Ключевые слова:** печень, эхинококкоз, оперативное лечение, осложнения, профилактика.

## **ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫНА ЖАСАЛГАН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ӨӨРЧҮҮЧҮ КАБЫЛДОЛОРДУН АСТЫН АЛУУ**

**А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев, Максут уулу Э., Т.А. Калыбеков, А.И. Балтабаев**  
 И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
 (ректор м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)  
 Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы  
 Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** иш максаты – 125 бейтаптын эхинококкоз дарты боюнча операция болгон жыйынтыктарын көрсөтүү. Алардын ичинен көзөмөлдөгү топ 62 (49,6%), негизги топ 63 (50,4%) бейтапты түздү. Көзөмөлдөө тобунда традициялык дарылоо жолу менен, ал эми негизги топ операциядан кийинки фиброздук көндөйчөнү декасан жана озон аралашмалары менен жууп тазалоо, операция башталаардан мурун жана бүтөөрүндө кан тамырга цефазолин 1,0 же цефтриаксон антибиотиктерин куюу, ошондой эле операциядан кийин активдүү жууп-тазалоо сарыктырмасын колдонуу. Негизги топто 3 (4,8%), көзөмөлдөгү топто 7 (11,3%) бейтапта дарттын операциядан кийинки кабылдоосу пайда болду.

**Негизги сөздөр:** боор, эхинококкоз, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо, астын алуу.

## **PREVENTIVE MEASURES OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER THE OPERATION PERFORMED FOR ECHINOCOCCOSIS**

**A.I. Musaev, M.J. Aliev, Maksut uulu E., T.A. Kalibekov, A.I. Baltabaev**  
 Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
 (rector – d.m.n., professor. Kudaibergenova I.O.)  
 Surgery department of general practice with a course of Combustiology  
 Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** the purpose of this research is to represent the results of echinococcectomy, which been performed in 125 patients who suffer from echinococcosis of the liver. In addition, control group from them was 62 (49.6%), and the main group had 63 (50.4%) patients. The traditional treatment had been performed in the control group, but in the main group, we had taken a different way of curing, the method of the irrigation of the residual cavity of the fibrous capsule with an ozonized sodium chloride solution with a concentration of 8-10 mkg/mg and decasaniin 0.02% intra venously 1.0 cefazolin or 1.0 ceftriaxone, and after the operation.

aspiration was performed from the cavity of the fibrous capsule. In the main group there were 3 (4.8%), and in the control group 7 (11.3%) complications.

**Key words:** liver, echinococcosis, operative treatment, complication, prophylaxis.

### **Введение**

На сегодняшний день эхинококкоз называют гельминтологическим раком XXI века [1]. Поэтому это определило стратегию ВОЗ и Международного эпизоотического бюро по включению эхинококкоза в список заболеваний, требующих первоочередной ликвидации [1,2,3,4].

Несмотря на значительные достижения в хирургии печени и внедрение новых технических средств при выполнении операций, в ближайшем послеоперационном периоде при эхинококкозе печени в 10-24% случаев имеют место осложнения [5,6]. Нагноение остаточной полости после закрытой эхинококкэктомии наблюдают у 7-15% больных, после полужакрытой у 20-34% и после открытой до 70% [7,8,9]. В связи с этим совершенствование методов лечения эхинококкоза печени и разработка мер профилактики осложнений, а также технических приемов, способных снизить частоту осложнений после эхинококкэктомии, имеет важное значение в исходе заболевания [10,11,12,13]. Существует множество предложенных методов ликвидации полости фиброзной капсулы, но все они не лишены таких недостатков как возникновение остаточной полости с последующим ее нагноением [13].

Во время операции больных эхинококкозом большое значение придается использованию эффективных гермицидов при противопаразитарной обработке, но большое число рецидивов заболевания и неудовлетворенность их использования, длительность экспозиции их во время операции, иногда с повторением манипуляции являются основанием для поиска методов для обработки кист.

Экономические потери от эхинококкоза, связанные с длительной нетрудоспособностью и инвалидизацией больных, возводят эту инвазию до уровня социальной проблемы. Причиной инвалидизации больных является не только рецидив заболевания, но и обширные деформирующие послеоперационные рубцы, осложненные остаточные полости, гнойные лигатурные свищи, послеоперационные вентральные грыжи, спаечный процесс брюшной полости и др. [5,8]. Возможности современной хирургической техники значительно расширили варианты обработки остаточной полости с целью её радикальной ликвидации, однако до конца не решили проблему возникновения воспалительных осложнений.

Одной из причин высокого процента осложнений оперативного лечения эхинококкоза печени является недостаточная эффективность применяемых антибиотиков на фоне широкого распространения антибиотикорезистентной микрофлоры. Поэтому в настоящее время продолжают поиски лекарственного препарата для облитерации остаточной полости фиброзной капсулы [7].

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путем применения мер профилактики воспалительных осложнений.

**Материал и методы исследования:** под наблюдением находилось 125 больных, оперированных по поводу неосложненного (57 чел. (45,6%)) и осложненного (68чел. (54,4%)) эхинококкоза печени различной локализации. Поражение правой доли у 58 (46,4%), левой доли у 41 (32,8%) и обе доли у 26 (20,8%) больных. Определяли размеры кист и при этом выделяли: малые (до 5 см в диаметре), средние (до 10 см), большие (до 20 см) и гигантские (более 20 см). Малые кисты выявлены у 29 (23,2%), средние у 41 (32,8%), большие 34 (27,2%), гигантские у 21 (16,8%) больных. Мужчин было 56 (44,8%), женщин – 69 (55,2%), возраст колебался от 17 до 73 лет.

Мы выделили на 2 группы больных, основная составила – 63 (50,4%), контрольная – 62 (49,6%) больных оперированных по поводу эхинококкоза печени. В основной группе наблюдались с нагноившимся эхинококкозом 19 (30,3%), с разложившимся 14 (22,2%), нагноившийся с прорывом в брюшную полость 4 (6,3%), рецидивный 4 (6,3%), у остальных 22 (34,9%) неосложненный эхинококкоз печени.

В контрольную группу включены больные: с нагноившимся эхинококкозом 15 (24,2%), разложившимся 17 (27,4%), нагноившийся эхинококкоз печени с прорывом в брюшную полость 3 (4,8%), с петрификацией стенки фиброзной капсулы печени и селезенки по одному (3,2%), а у остальных неосложнённый эхинококкоз печени 25 (40,4%) больных.

В план обследования больных входило, кроме общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, электрокардиография, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это ультразвуковое исследование внутренних органов (уточняли место расположение и размеры кист), при неясных случаях компьютерная томография, реакция Казони. Полученные результаты исследований обработана путем вычисления относительных величин в (%).

**Результаты и их обсуждение:** после обследования все больные оперированы, типы операции в обеих группах и их осложнения даны в таблице.

Таблица

Типы операции и характер осложнений контрольной и основной групп (n – 125)

Типы операций	Всего больных		из них возникли осложнения				Всего осложнений
	абс. ч.	%	остаточ. полость	плеврит	нагноение раны	желчеистечение	
Контрольная группа: из них	62						
Капитонаж	32	51,6	1	1	1		3
инвагинация	15	24,2	1	1		1	3
абдоминизация	15	24,2			1		1
всего	62	100,0	2	2	2	1	7 (11,3%)
Основная группа: из них	63						
капитонаж	31	49,2		1			1
инвагинация	13	20,6		1	1		2
абдоминизация	19	30,2					
всего	63	100,0		2	1	3	3 (4,8%)

Всем больным выполнены операции полужакрытым способом. В контрольной группе операции выполняли полужакрытым методом, через дренаж периодически аспирировали содержимое без введения антисептиков, а антибиотики получали внутримышечно на протяжении 4-5 дней. Больные получали обезболивающие средства и инфузионную терапию. После операции в этой группе осложнения выявлены у 7 (11,3%) больных из 62 оперированных, в двух случаях у больных с нагноившейся эхинококковой кистой послеоперационный период осложнился нагноением раны, пролечена промыванием антисептиком декасан 0,02%, двоим больным с плевритом проведена антибиотикотерапия и плевральные пункции, в одном случае отмечено желчеистечение, которое со временем самостоятельно прекратилось. С нагноением остаточной полости поступили 2 больных, одна из них в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией, повышением температуры тела до 38-39°С и сильным болевым синдромом. После обследования и предоперационной подготовки в течение 3 суток им произведено оперативное лечение (вскрытие, санация, дренирование остаточной полости). Все больные с возникшими осложнениями излечены и выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание в стационаре составило 14±1,3 койко-дней. В отдаленном периоде из оперированных больных контрольной группы выявлен рецидив болезни у 2 (3,2%).

В основной группе выполняли те же операции, но до операции и к ее концу вводили 1,0 цефазолина или цефтриаксона внутривенно, для профилактики нагноения, после ушивания полости ее дренировали силиконовой трубкой до 1 см в диаметре и выполнили активную аспирацию.

При осложненных кистах через дренаж полость промывали 0,02% раствором декасана или озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и по мере прекращения отделяемого из полости удаляли дренаж на 3-4 сутки и вели динамическое наблюдение. Контроль УЗИ через 3-4 дня.

Больные основной группы также получали обезболивающие средства и инфузионную терапию. В основной группе осложнения возникли у 3 (4,8%). В двух случаях отмечен плеврит, который излечен плевральной пункцией, в одном случае послеоперационный период осложнился нагноением раны, которое пролечено местно антисептиком декасан 0,02%. Среднее пребывание в стационаре составило 10±1,1 койко-дней.

Всем больным выполнены операции полужакрытым способом. Проведение мер профилактики нагноения остаточной полости в основной группе позволили сократить пребывание в стационаре в сравнении с контрольной группой (14±1,3 койко-дней) и добиться быстрой облитерации остаточной полости орошением раствора 0,02% декасана и этим достигли раннего прекращения отделяемого из остаточной полости фиброзной капсулы.

Больные после операции наблюдались в течение от 1 до 3 лет. При контрольном обследовании у 32 больных основной группы, в отдаленном периоде осложнения и рецидивы остаточной полости, рецидив эхинококкоза печени не отмечено.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения мер профилактики воспалительных осложнений после эхинококкэктомии печени. Метод не сложен и должен найти внедрение в практику. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамическое наблюдение за больными.

#### **Выводы:**

1. Полузакрытый метод эхинококкэктомии является методом выбора при осложненном эхинококкозе печени и кистах больших размеров.
2. Периоперационное введение антибиотиков и санация полости фиброзной капсулы раствором 0,02% декасана с активной аспирацией раневого отделяемого являются хорошей мерой профилактики гнойно-воспалительных осложнений после эхинококкэктомии.

#### **Литература:**

1. Прогноз изменения ситуации по эхинококкозу среди населения в Узбекистане [Текст] / [Т.А. Абдиев, Т.А. Вахабов, Н.А. Журавлева и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2000. - №3. - С. 53-54.
2. Нишанов, Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика [Текст] / Ф.Н. Нишанов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - Т. 170, №2. - С. 91-94.
3. Decreasing trends of ultra sonographic prevalence of cystic echinococcosis in a rural Greek area [Text] / [I.C. Varbobitis, G. Pappas, D.E. Karageorgo-poulos. et. all.] // Clin. Microbiol. Infect. - Dis.- 2010.-vol. №3.- P. 9.
4. Seroprevalence of Echinococcus granulosus infection in Croatian patients with cystic liver disease [Text] / [I. Tabain, M. Sviben, S. Ljubin-Sternak et. all.] // Helminthology. - 2010. vol. № 3. - P. 1-4.
5. Даминова, Н.М Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени [Текст] / Н.М Даминова, К.М Курбонов // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2008. -Т. 167, № 5. - С. 68-70.
6. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / [А.Т. Аллабергенов, М.М Алиев, И.М Байбеков и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2001.- №6. Т. 160. - С. 47-50.
7. Одишелашвили, Д.В. Обоснование применения нового способа облитерации остаточных полостей после операции по поводу эхинококкоза печени [Текст] / Д.В. Одишелашвили, Г.Д. Пахнов, Одишелашвили Л.Г. // Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10, №3. - С. 98 – 105.
8. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени [Текст] / [Лотов А.Н., Черная Н.Р., Бугаев С.А. и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т. 16, №4. - С. 11-18.
9. Каюмов, Т.Х Новое в профилактике рецидива и нагноения остаточных полостей после эхинококкэктомии печени [Текст] / Б.М. Нурмухамедов, Ю.Ю. Шарипов // Медицинский журнал Узбекистана. -2010. - №3. - С. 17-18.
10. Хамдамов, Б.З. Оценка эффективности лазерной фотодинамической терапии при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени [Текст] / Б.З. Хамдамов, Ш.Ж. Тешаев // Биология ватиббиёт муаммолари. - 2015. - №3 (84). - С. 104-107.
11. Шевченко, Ю. Л. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / Ю.Л. Шевченко, С.С. Харнас, А. В. Самохвалов // Хирургия. - 2007. - № 7. - С. 49-55.
12. Андреев, А.В. Методы интервенционной радиологии у больных эхинококкозом печени [Текст] / А.В. Андреев, В. Сахно и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. - Т. 10, № 2. - С. 98-99.
13. Мусаев, А.И. Меры профилактики нагноения остаточной полости после эхинококкэктомии печени. [Текст] / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, М.Б. Усубалиев. Методические рекомендации. Бишкек, 2004. - 13 с.

### **РАДИКАЛЬНЫЕ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

**Б.С. Ниязов<sup>1</sup>, М.Ж. Алиев<sup>2</sup>, К.А. Гапуров<sup>2</sup>, Т.А. Калыбеков<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации (ректор д.м.н., профессор Т.Ч. Чубаков),

<sup>2</sup>Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева (ректор д.м.н., профессор И.О. Кудайбергенова)

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** представлены результаты оперативного лечения эхинококкоза печени у 188 больных, которым выполнены радикальные операции (42 чел.) и органосохраняющие (146 чел.). В ближайшие сроки после радикальных операций осложнения возникли у 4 (9,5%), а случаев рецидива эхинококкоза

печени не выявлено. После органосохраняющих операций в ближайшие сроки осложнения отмечены у 18 (12,3%), а рецидив болезни выявлен у 3 (2,1%) через 2 года.

**Ключевые слова:** печень, эхинококкоз, радикальные и органосохраняющие операции, осложнения, рецидив.

## **БООРДУН ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫН ДАРЫЛООНУН РАДИКАЛДУУ ЖАНА МҮЧӨСАКТООЧУ ОПЕРАЦИЯЛЫК ЖОЛДОРУ, АЛАРДЫН БААЛУУЛУГУ**

**Б.С. Ниязов<sup>1</sup>, М.Ж. Алиев<sup>2</sup>, К.А. Гапуров<sup>2</sup>, Т.А. Калыбеков<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Кайра даярдоо жана квалификацияны өркүндөтүү боюнча

Кыргыз Мамлекеттик медициналык институту

(ректор д.м.н., профессор Т.Ч. Чубаков),

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

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

Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Боор эхинококкоз дарты менен жабыркаган 188 бейтапка операциялык дарылоонун жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Анын ичинен 42 бейтапка радикалдуу, 146 бейтапка мүчөсактоочу операциялар жасалган. Радикалдуу операциядан кийинки жакынкы аралыктагы кабылдоолор 4 (9,5%) бейтапта, ал эми мүчөсактоочу операциядан кийин 18 (12,3%) бейтапта өөрчүдү жана эхинококкоз дартынын кайталанма түрү 2 жылдан кийин 3 (2,1%) бейтапта пайда болду.

**Негизги сөздөр:** боор, эхинококкоз, радикалдуу, мүчөсактоочу операциялар, кабылдоолор, эхинококкоз дартынын кайталанма түрү.

## **RADICAL AND ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN LIVER ECHINOCOCCOSIS AND THEIR EFFECTIVENESS**

**B.S. Niazov<sup>1</sup>, M.J. Aliev<sup>2</sup>, K.A. Gapurov<sup>2</sup>, T.A. Kalybekov<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training

(rector – d.m.n., professor Chubakov T.Ch.),

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

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

Surgery department of general practice with a course of Combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** There are shown results of operative treatment of echinococcosis of the liver in 188 patients, who been radically operated (42 persons) and Organ saving operation (146 persons). In the short time we have found 4 (9.5%) patients with complications who had been radically operated but there were no cases of echinococcosis Relapse. After organ saving operations we have found complications in 18 (12.3%) persons, Relapse echinococcosis were found in 3 (2.1%) persons after 2 years.

**Key words:** liver, echinococcosis, radical and organ-preserving operations, complications, relapse.

### **Введение**

Часто поражающийся орган при эхинококкозе - это печень, так как она является первым фильтром. Эхинококкоз заболевание, которое распространено повсеместно, особенно там где развито животноводство [1], и лечение его только оперативное [2,3,4].

Несмотря на предложенное множество антипаразитарных обработок полости фиброзной капсулы, методов операции и ликвидации остаточных полостей, частота осложнений в ближайшем и отдаленном периодах остается на высоком уровне. Подтверждением этому является большое число послеоперационных осложнений - 6,7-47,5%, значительная частота рецидивов заболевания - 3,3-54% и высокая летальность - 4,5-10,2% [5,6,7].

Отмечается, что частота осложнений после резекции печени или перицистэктомии выше, чем после органосохраняющих операций [8,9,10], но и после радикальных операций развиваются наиболее серьезные осложнения (кровотечение, печеночно-почечная недостаточность, желчеистечение) [9,10].

После органосохраняющих операций наиболее частыми осложнениями являются - остаточная полость с последующим в ней нагноением (2,2-13,8%), длительное выделение желчи при наличии желчного свища (0,9-9,2%) [8,9,10,11]. Нагноение остаточной полости требует чрескожно-

чреспеченочного дренирования под контролем УЗИ или компьютерной томографии, а в ряде случаев и повторного оперативного вмешательства. Среди послеоперационных осложнений также отмечают подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс, легочно-плевральные осложнения, нагноение послеоперационной раны [12,13,14,15].

Все хирургические вмешательства при эхинококкозе печени могут быть условно разделены на органосохраняющие и радикальные.

Это обусловлено отношением к удалению или оставлению фиброзной капсулы паразита [16,17,18]. Вариантами радикальных операций при эхинококкозе печени являются: анатомическая или атипичная резекция печени, перицистэктомия. В настоящее время перицистэктомия считается «золотым стандартом» в хирургическом лечении эхинококковых кист печени [19,20], но вместе с тем радикальные операции более травматичные, сопровождаются значительной кровопотерей и требуют высокой квалификации хирурга, наличия специальной аппаратуры, инструментария, хорошей организации анестезиологической и реанимационной службы [18,19]. При органосохраняющих операциях оставление фиброзной капсулы увеличивает не только риск рецидива заболевания, но и существенно повышает вероятность развития послеоперационных осложнений, связанных с остаточной полостью.

Такая вероятность тем более повышена при осложненном течении эхинококкоза, когда имеют место изменения фиброзной капсулы, так или иначе связанные с гибелью паразита: обызвествление и ригидность капсулы, наличие сообщения полости фиброзной капсулы с желчными протоками, нарушение целостности капсулы и ее микробная инвазия при нагноении эхинококковой кисты. Поэтому удаление фиброзной капсулы, несомненно, повышает радикальность операции и снижает вероятность развития осложнений.

В настоящее время доказанным считается факт проникновения в толщу фиброзной капсулы протосколексов, микробной инфильтрации фиброзной капсулы при нагноении кисты [3,5,8,16]. В ряде работ приведены данные, подтверждающие возможность миграции зародышевых элементов за пределы фиброзной капсулы [5,14]. На этом основании авторы считают, что методом выбора при лечении эхинококкоза печени должна быть радикальная операция (резекция, перицистэктомия).

Таким образом, представленные литературные данные, свидетельствуют о низкой частоте рецидива и относительно безопасном течении послеоперационного периода при использовании радикальных операций, в том числе у больных с осложненными формами эхинококкоза печени, что указывает на необходимость более широко применять радикальные операции.

#### **Цель исследования:**

Определить частоту осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и частоту рецидива эхинококкоза в отдаленном периоде после органосохраняющих и радикальных операций.

**Материал и методы исследования:** под наблюдением находилось 188 больных, которые были оперированы по поводу эхинококкоза печени с 2012 по 2015 гг. в ГКБ №1 г. Бишкек. Мужчин было 89 (47,3%), женщин – 99 (52,7%), возраст варьировал от 16 до 76 лет.

При обследовании определяли размеры кист и при этом выделяли: малые (до 5 см в диаметре), средние (до 10 см), большие (до 20 см) и гигантские (более 20 см). Малые кисты выявлены у 46 (24,5%), средние у 68 (36,2%), большие у 39 (20,7%), гигантские у 35 (18,6%) больных. По локализации кист, чаще поражена была правая доля у 81 (43,1%), левая у 73 (38,8%) и обе доли у 34 (18,1%) больных.

В план обследования больных входило, кроме общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, электрокардиограмма, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это ультразвуковое исследование внутренних органов (уточняли расположение и размеры кист), реакция Казони, при неясных случаях компьютерная томография. Полученные результаты исследования обработаны методом вычисления относительных величин в (%).

#### **Результаты и их обсуждение:**

В клинике ГКБ № 1 начиная от 2012 по 2015 гг. из 188 наблюдаемых больных произведена гемигепатэктомия у 18 (9,6%), краевая резекция печени у 24 (12,8%) больных, остальным 146 (77,6%) больным произведены органосохраняющие операции с различной методикой ликвидации полости фиброзной капсулы.

Показанием к гемигепатэктомии считали массивное поражение одной из долей, наличие кисты больших размеров, когда ткань печени была лишь в виде тонкой полоски или в доле печени было расположено несколько кист, в этих случаях операция оправдана, с точки зрения профилактики осложнений со стороны не ликвидированных полностью полостей функционально неполноценной

доли. В остальных случаях, касающихся поражения II и III сегментов печени, при краевом расположении кист, выполняли экономные сегментарные резекции.

При радикальном методе операции возникли следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение у 1 (2,4%), которое излечено введением гемостатиков, реактивный плеврит у 2 (4,7%), излеченный плевральными пункциями, послеоперационная печеночная недостаточность у 1 (2,4%) прогрессирование предотвращена введением гепатопротекторов. Все из осложнения возникли на 3-4 сутки после операции.

При органосохраняющих операциях были произведены различные операции и ликвидации полости фиброзной капсулы. При этом использовали закрытый тип операции – у 47 (25%), полузакрытый – у 31 (16,5%), открытый – у 68 (36,1%), а при ликвидации полости фиброзной капсулы применяли следующие способы: дренирование остаточной полости у 48 (32,9%), абдоминализация полости фиброзной капсулы у 20 (13,7%), капитонаж по Дельбе у 21 (14,4%), инвагинация свободных краев фиброзной капсулы в полость у 16 (10,9%), частичная перицистэктомия с наложением П-образных швов у 10 (6,8%), оментопластика по Р.П. Аскерханову у 31 (21,3%). Частота применения различных способов ликвидации полости дана в таблице.

Таблица

Типы операций и частота осложнений после эхинококкэктомии (n-188)

Тип операции	Всего больных		Из них возникли осложнения, абс. число
	абс. число	%	
Закрытый	47	25	5
Полузакрытый	31	16,5	4
Открытый	68	36,1	9
Гемигепатэктомия	18	9,6	3
Краевая резекция печени	24	12,8	1
Итого	188	100,0	22 (11,7%)

После органосохраняющих операций возникло желчеистечение у 3 (2,1%), которое самостоятельно прекратилось, реактивный плеврит у 5 (3,4%), излечен пункцией плевральной полости, нагноение послеоперационной раны у 3 (2,1%), им проведено лечение под повязкой.

В отдаленном периоде поступили с нагноением остаточной полости 4 (2,6%) больных. Двум произведен пункционно-дренажный метод лечения под контролем ультразвукового исследование двумя после обследования произведено повторное оперативное лечение через 6 месяцев, а у 3 (2,1%) больных возник рецидив эхинококкоза печени через 2 года, у которых ранее был прорыв кисты в брюшную полость до поступления в клинику.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения методики радикальной эхинококкэктомии в профилактике рецидива болезни. Резюмируя вышеизложенное, отметим, что в настоящее время открытые оперативные вмешательства на печени остаются основным способом лечения эхинококкоза печени. При выборе способа операции предпочтение следует отдавать органосохраняющим, радикальным вмешательствам. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамическое наблюдение за больными.

#### Выводы:

1. Органосохраняющие операции должны выполняться как наименее трудоемкие, но по показаниям и с соблюдением мер апаразитарности и антипаразитарности.
2. После радикальных операции рецидив развивается очень редко, но они должны выполняться в специализированных отделениях, оснащенных современным оборудованием и имеющих высококвалифицированных хирургов.

#### Литература:

1. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Е.А. Тилеков // Вестник Хирургии Казахстана. - 2012. - № 1. - С. 100-101.
2. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени / [Текст] / [Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева, С.Р. Будков] // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т. 11, № 1. - С. 7—10.
3. Журавлев, В.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. [Текст] / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, Н.А. Щербакова // Хирургия. - 2004.- № 4. - С. 51-54.
4. Абдуллаев, А.Г. Выбор рациональной хирургической тактики при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков [Текст] / А.Г. Абдуллаев, А.А. Мовчун, Р.М. Агаев // Хирургия. - 2005. - №2. - С.38-42.

5. Альперович, Б.И. Хирургия печени. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010. - 352 с.
6. Андреев, А.В. Методы интервенционной радиологии у больных эхинококкозом печени / [Текст] / А.В. Андреев, В.Д. Сахно, А.М. Мануйлов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Т. 1, №2. - С. 98-99.
7. Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации в хирургии желчных путей / [Текст] / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер // - М, 1987. – 335с.
8. Оморов, Р.А. Осложнения эхинококкоза печени [Текст] / Р.А. Оморов // *Форс-Мажор в хирургии*. – Бишкек: СП «Кырсекоп», 2010. – 136-141с.
9. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / [А.Т. Аллабергенов, М.М. Алиев, И.М. Байбеков. и др.] // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. - 2001. - Т. 160, №6. - С. 47-50.
10. Даминова, Н.М. Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени [Текст] / Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. - 2008. - Т. 167, № 5. - С. 68-70.
11. Нишанов, Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика [Текст] / Ф.Н. Нишанов. // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. - 2011.- Т. 170, №2. - С. 91-94.
12. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / [Р.М. Ахмедов, А.О. Османов, А.Э. Курбонов и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2010. – Том 15, №3. - С. 99-102.
13. Перицистэктомия в оперативном лечении эхинококкоза печени [Текст] / [А.И. Мусаев, М.Б. Усубалиев, Р.М. Баширов и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Том 10, № 2. - С.120-121.
14. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современное состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Муслик // *Украинський журнал хірургії*. - 2013. - №3. - С. 196-201.
15. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени. [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // *Хирургия*. - 2003. -№1. - С.31-35.
16. Полуэктов, В.Л. Новые подходы в тактике хирургического лечения больных эхинококкозом печени. [Текст] / В.Л. Полуэктов, В.Ю. Шутков, В.Г. Бережной // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. - №10. – С.126.
17. Новый эффективный способ профилактики послеоперационных осложнений в хирургии эхинококкоза печени. [Текст] / [А.З. Вафин, А.В. Попов, Э.Г. Мнацаканян и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - Т.13, № 3. - С. 42.
18. Вишневский, В.А. Радикальное лечение резидуального эхинококкоза печени [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // *Альманах института хирургии им. И.В. Вишневского*. - 2008. - Т. 3, №2. - С. 213-214
19. Попов, А.Ю. Хирургическое лечение больных с сочетанным эхинококковым поражением [Текст] / А.Ю. Попов, И.В. Басанкин, А.Н. Петровский // *Хирургия*. - 2012. № 6. - С.55-56.
20. Prousalidis, J. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis [Text] / John Prousalidis // *Can J Surg*. - 2012. – vol. 55, №1. - P.15-20.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

**Оморов Р.А.,<sup>1</sup> Осмоналиев Б.К.,<sup>1</sup> Маманов Н.А.,<sup>2</sup> Кушубеков Д.К.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра факультетской хирургии

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

<sup>2</sup> Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

(Заведующий ЭВХЦ ЮРФА-Clinic – к.м.н. Маманов Н.А.).

г. Бишкек, Кыргызстан

**Резюме:** Представлены результаты эзофагокардиомиотомии по Геллеру - De Brune Groeneveldt у 16 больных ахалазией кардии (АК) в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 6, женщин – 10. Длительность заболевания от 1 года до 6 лет. 3 стадия заболевания установлена у 12 больных и 2 стадия – у 4, что было подтверждено рентгеноскопией пищевода и ЭГДС. 13 пациентам выполнена эзофагокардиомиотомия в модификации нашей клиники. лапаротомным доступом. Трём больным выполнена эзофагокардиомиотомия с передней гемизофагофундопликацией по Дору с применением эндовидеохирургических технологий. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде специфических осложнений, связанных с операцией, не отмечено. Летальных случаев не было. Отдаленные результаты изучены у 10 больных (от 6 месяцев до 5 лет). Все они чувствовали себя удовлетворительно, дисфагии и изжоги не выявлено, отмечено восстановление веса, улучшение общего самочувствия.

**Ключевые слова:** ахалазия кардии, эзофагокардиомиотомия, антирефлюксные вмешательства.

## АХАЛАЗИЯ КАРДИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ

**Оморов Р.А.,<sup>1</sup> Осмоналиев Б.К.,<sup>1</sup> Маманов Н.А.,<sup>2</sup> Кушубеков Д.К.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,  
факультеттик хирургия кафедрасы

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

<sup>2</sup>Эндовидеохирургиялык борбор ЮРФА-Clinic  
(ЭВХБ ЮРФА-Clinic башчысы – м.и.к. Маманов Н.А.)  
Бишкек ш., Кыргызстан

**Корутунду:** Геллер - De Brune Groeneveldt боюнча 18 жаштан 66 жашка чейинки курактагы кардинин жетишсиздиги (КЖ) менен ооругандардын зофагокардиомиотомиясынын натыйжалары берилди. Эркектери - 6, аялдары – 10, ооруунун узактыгы 1 жылдан 6 жылга чейин. Ооруунун 3-стадиясы 12 оорукчанда, 2-стадиясы 4-оорукчанда аныкталган. Бул рентгеноскопиядан жана ЭГДСден тастыкталган. 13 пациентке биздин клиникада лапаротомдук жол менен жетүү аркылуу модификацияланган эзофагокардиомиотомияда аткарылган. Үч оорукчанга эндовидеохирургиялык технологияларды колдонуу аркылуу Дор боюнча алдынкы гемиезофагофундопликациялар менен эзофагокардиомиотомия аткарылган. Операция учурунда жана операциядан кийинки мезгилде операцияга байланыштуу өзгөчө өтүшүп кетүү болгон эмес. Өлүмгө алып барган учурлар болгон эмес. Айрым натыйжалар 10 оорукчандан (6 айдан 5 жылга чейин) иликтенген. Баары өздөрүн канаатандырарлык сезишкен, дисфагия жана зарына болушкан эмес, салмагы калыбына келип, жалпы абалынын жакшырганы байкалган.

**Негизги сөздөр:** кардиянын ахалазиясы, эзофагокардиомиотомия, антирефлюкстик кийлигишүү.

### THE SURGERY TREATMENT RESULTS OF ACHALASIA CARDIA

Omorov R.A.,<sup>1</sup> Osmonaliev B.K.,<sup>1</sup> Mamanov N.A.,<sup>2</sup> Kushubekov D.K.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Chair of faculty surgery  
(Head of the department - MD, professor, corr. member, Omorov R.A. National Academy of Sciences).

<sup>2</sup>Endovideosurgical centre URFA-Clinic,  
(Head of the EVSC URFA-Clinic – ph.D. Mamanov N.A.)  
Bishkek, Kyrgyzstan

**Resume:** There were presented the results of the oesophagocardiomyotomy on Geller – De Brune Groeneveldt in 16 patients at the age of 18 – 66 with the achalasia cardia (AC). Male – 6, Female – 10. The disease duration from 1 year to 6 years. The 3rd stage of the disease was confirmed in 12 of the patients, 2nd stage – 4 patients. The confirmation was made by fluoroscopy of the esophagus and gastroscopy. Oesophagocardiomyotomy was made in our clinic to 13 of the patients by laparotomy access. 3 patients were performed the oesophagocardiomyotomy with anterior gemioesophagofundoplication by Dor techniques using of endo-video surgical technologies. During the surgery and in early post-surgery periods a specific complications related to the surgery were not detected. Lethal cases are absent. Long-term results were studied among 10 patients (from 6 months to 5 years). All of the patients felt satisfactorily, dysphagia and pyrosis were not detected, recovery of weight and improvement of general health condition were observed.

**Key words:** achalasia cardia, oesophagocardiomyotomy, antireflux interventions.

### Введение

Ахалазия кардии (АК) – это тяжелое прогрессирующее нейро-мышечное заболевание, характеризующееся нераскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и приводящее к вторичному нарушению перистальтики и прогрессирующему снижению тонуса грудного отдела [1,2,4]. При АК происходит воспаление мышечной оболочки с повреждением и последующей дегенерацией ганглионарных клеток и фиброзом нервных сплетений [5]. Дальнейшие патологические изменения приводят к снижению синтеза оксида азота и вазоактивного кишечного пептида [7,8]. Возможной этиологической причиной АК является аутоиммуно-опосредованное разрушение тормозящих нейронов в ответ на неизвестный фактор у генетически предрасположенных лиц, однако конкретная причина неизвестна [9]. Распространенность АК составляет 10 случаев на 100 000 населения, а заболеваемость - 1 на 100 000. В качестве причины дисфагии она занимает третье место после рака пищевода и ожоговых стриктур. Встречается на всех континентах, с одинаковой частотой у мужчин и женщин, чаще всего в возрасте от 25 до 60 лет. АК является предраковым заболеванием, при котором риск возникновения рака увеличивается в 33 раза [1,2,4].

Для лечения АК на сегодняшний день в мире применяется операция эзофагокардиомиотомии по Геллеру (1913 г.) лапаротомным и лапароскопическим способами. Операция заключается в том, что абдоминальным доступом мобилизуется суженный участок пищевода, после чего мышечная оболочка в пораженном сегменте продольно рассекается по передней и задней стенке до слизистой оболочки. В 1918

г. операция Геллера была несколько видоизменена голландским хирургом De Brune Groeneveldt, который предложил рассекать только переднюю стенку пищевода и кардии.

Существенным недостатком эзофагокардиомиотомии является частое возникновение рецидива заболевания до 36-50% случаев, что чаще всего связано с образованием рубца между краями пересеченных мышц с восстановлением их тонуса [2,4]. В то же время возможно развитие в послеоперационном периоде недостаточности кардии с последующим развитием рефлюкс-эзофагита, который многие авторы считают частым и тяжелым осложнением операции E. Heller и находят его у 14-37% пациентов, несмотря на выполненную фундопликацию [8,9].

Таким образом, неоднозначность мнений относительно выбора хирургических методов коррекции нарушения проходимости в области кардии и отсутствие надежной профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита являются основной проблемой хирургического лечения АК.

#### Материалы и методы

Представлены результаты хирургического лечения АК у 16 пациентов в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 6, женщин – 10. Длительность заболевания составила от 1 года до 6 лет. В соответствии с классификацией Б.В. Петровского (1962г.) преобладали пациенты с 3 стадией заболевания - 12 (75%) человек, со 2 стадией было 4 (25%) случаев (табл. 1).

Таблица 1

Стадии ахалазии кардии по Петровскому Б.В. (1962 г.)

стадии АК	проявления АК	Количество пациентов
I	функциональный непостоянный спазм кардии без расширения пищевода.	-
II	стабильный спазм кардии с нерезко выраженным расширением пищевода и усиленной моторикой стенок.	4 (25%)
III	рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики.	12 (75%)
IV	резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и периззофагитом.	-

Наиболее распространенным симптомом АК у больных была дисфагия твердой и жидкой пищи по пищеводу (93,7%). Следующими по распространенности симптомами АК были: отрыжка непереваренной пищей (75%), боли за грудиной (50%), снижение веса (87,5%), ночной кашель (31,2%), связанный с аспирацией застойного содержимого пищевода во время сна, и изжога (25%). Изжога объяснялась задержкой остатков пищи и продукцией лактатов в результате ферментативной активности бактерий.

У всех пациентов клиническая картина АК была подтверждена рентгеноскопией пищевода и желудка, показывающей равномерное сужение нижней части пищевода, переходящей в закрытый НПС и напоминающее «писчее перо» или «птичий клюв». Пациентам также проведена ЭГДС для подтверждения диагноза АК и исключения так называемой псевдоахалазии, возникающей при опухлях кардио-эзофагеальной зоны. У 4 (25%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (2), общий атеросклероз (1), гипертоническая болезнь (1), которые до госпитализации были консультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование включало в себя: общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, свертываемость крови, глюкозу крови, группу крови и резус фактор, маркеры вирусного гепатита В и С, ИФА на ВИЧ и RW, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) до и после операции.

В период с 2013 по 2018 года в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек – клинической базе кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева 13 пациентам выполнена внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру - De Brune Groeneveldt в модификации нашей клиники (планируется получения рац. предложения). Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. После верхнее-срединной лапаротомии мобилизовали и низводили в брюшную полость через диафрагмальное отверстие суженный участок пищевода. Рассекали мышечную оболочку пищевода до слизистой в суженной его части по передней стенке не менее 8-10 см (рис. 1). При этом края рассеченных мышц расходились и слизистая свободно пролабировала через

дефект в мышечной оболочке. Затем производили пластику кардии стенкой желудка непрерывным швом в модификации нашей клиники (рис. 2).

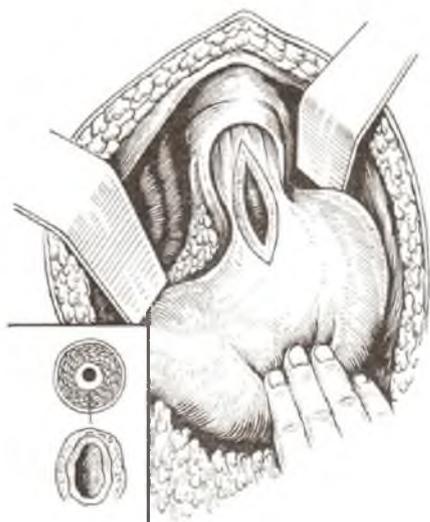


Рис. 1. Эзофагокардиомиотомия по Геллеру - De Brune Groeneveldt.



Рис. 2. Эзофагокардиоластика стенкой желудка в модификации нашей клиники.

В ЭВХЦ ЮРФА-Clinic трем пациентам выполнена эзофагокардиомиотомия по Геллеру - De Brune Groeneveldt с передней гемиезофагофундопликацией по Дору в период с 2014 по 2018 г. Для проведения операций использован видеондоскопический комплекс фирмы «Эфа-Медика» (РФ, г. Санкт-Петербург) с необходимым набором лапароскопических инструментов. Операция проводилась следующим образом: положение больного на спине с подкладыванием валика на уровне мечевидного отростка с наклоном на 20 градусов с поднятием головного конца с разведенными нижними конечностями. Оператор располагался между ног пациента, камердинер слева, ассистент справа от больного. Под тотальной внутривенной анестезией с использованием миорелаксантов устанавливали троакары (рис. 3). После панорамной ревизии органов брюшной полости производилась мобилизация кардиальной части пищевода с выделением суженного участка, рассечение этой зоны и кардиальной части желудка с помощью лапароскопического L-образного электрода-крючка с последующим проведением гемиезофагофундопликации по Дору (рис. 4).

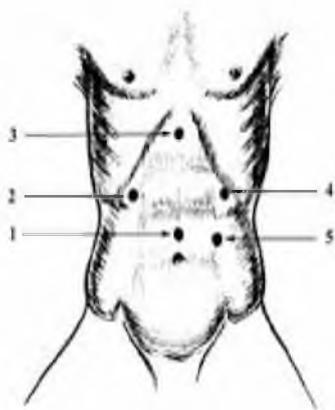


Рис. 3. Места введения 5-троакаров.



Рис. 4. Гемиезофагофундопликация по Дору.

Приводим пример: Пациентка Б.А., 1966 г.р., поступила в ЭВХЦ ЮРФА-Clinic в плановом порядке 03.07.2015 года, № истории болезни 364-X-96. При поступлении предъявляла жалобы на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи, рвоту съеденной пищей и слизью, похудание, общую слабость. Из анамнеза болезни: считает себя больной в течение 3 лет. Постоянно болезнь прогрессировала. За эти 3 года больная похудела на 45 кг. С 2013 года ежегодно проходила ЭГДС в РДЦ, где подозревали рубцовую стриктуру пищевода, назначено было консервативное лечение. В амбулаторных условиях получала инфузионную терапию. В 16.01.2015 г. больная прошла Р-скопию пищевода и установлена ахалазия кардии. Больная 17.06.15г. прошла ЭГДС в ЮРФА-Clinic, после чего было

предложено оперативное лечение и больная госпитализирована. Из анамнеза жизни: популяция «А». Наследственность неотягощена. Перенесенные заболевания: простудные болезни. В 2000 году холецистэктомия, кистэктомия из левого яичника. В 2009 году ампутация матки, кистэктомия из правого яичника. При осмотре: общее состояние больной относительно удовлетворительное. Вес 45 кг. Рост 160 см. Положение активное. Телосложение – астеническое. Общий кожный покров обычной окраски, дряблые, тургор кожи снижен. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/50 мм.рт.ст. Пульс 66 уд в мин. Локальный статус: язык суховат, обложен налетом. Живот втянут, участвует в дыхании, в правом подреберье, по срединной линии ниже пупка и надлобковой области имеются п/о рубцы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Газы отходят. Стул не регулярный, запоры. Мочиспускание свободное. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

- Общий анализ крови от 06.07.15г.

эрит.	гем.	Ht	Лейк	лимф	моноц	нейтр.	тромб.	СОЭ
$3.30 \times 10^{12}/л$	90г/л	26.67%	$6.14 \times 10^9/л$	13.76%	3,96%	82.28%	$124 \times 10^9/л$	6мм/ч

- Общий анализ мочи от 06.07.15г.

цвет	уд.вес	белок	глюк	кетоны	лейк	эпит.	эрит.	цил	соли	бакт.
жел	1010	-	-	-	7-8	5-6	0-1 в п/зр	-	-	отр

- Биохимический анализ крови и свертывающая система от 06.07.15г.

ПТИ	95.2 %	калий	4,73 ммоль/л
фибриноген	1.843 г/л	магний	1,03 ммоль/л
МНО	1,06	кальций	2,43 ммоль/л
креатинин	88.4 мкмоль/л	натрий	134,7 ммоль/л
ост.азот	19.6 ммоль/л	хлориды	101, 5 мкмоль/л
глюкоза крови	4,4 ммоль/л	гепатит В anti HBc IgM	отр
мочевина	6.0 ммоль/л	общий билирубин	16.2 мкмоль/л
общий белок	63,2 г/л	сифилис сумм.а/тела	отр
ИФА ВИЧ	Отр	тимоловая проба	5.1 Ед

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 56 уд в мин., полувертикальное положение ЭОС, нарушение процессов реполяризации. Р-скопия: ахалазии кардии, идиопатическое расширение пищевода (рис. 5). ЭГДС: ахалазия кардии, престенотическая дилатация пищевода, хронический эзофагит (рис. 6). ФЛГ: Без изменений. Клинический диагноз: Ахалазия кардии III стадии.

08.07.2015 г. произведена операция лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру - De Bruijn Groeneveldt с передней гемизофагофундопликацией по Дору. В послеоперационном периоде проводились антибактериальная терапия, инфузии, витаминотерапия, обезболивающие, симптоматическая терапия, перевязки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. НГ зонд удален на 2 сутки после операции. Пройдемость пищи восстановилась без затруднений. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-4 сутки после операции. При проведении динамического ультразвукового наблюдения ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено. Была выписана в удовлетворительном состоянии 14.07.2015 года (рис. 7).



Рис. 5. Рентгенограмма больной Б.А., 1966 г.р. Ахалазия кардии III стадии.

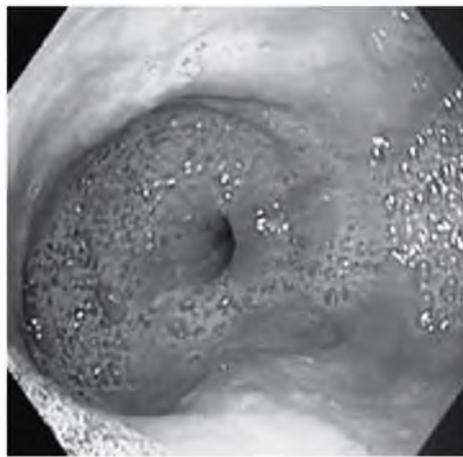


Рис. 6. Эндофото больной Б.А., 1966 г.р. Расширение пищевода в грудном отделе,

в просвете большое количество пенистой слизи.  
Ахалазия кардии III стадии.



Рис. 7. Пациентка Б.А., 1966 г.р. через 10 дней после операции.

### Результаты и обсуждение

Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов специфических осложнений, связанных с эзофагокардиомиотомией, не было, болевой синдром был минимальный при лапароскопическом способе. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальности не было. Ведение послеоперационного периода больных 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. НГ 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 и во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2 сутки после ультразвукового контроля, а на 6-10 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 10 (62,5%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали дисфагию твердой и жидкой пищей, исчезли боли за грудиной, отрыжка, горечь во рту и изжога, отмечали восстановление веса и улучшение общего самочувствия.

Эзофакардиомиотомия по Геллеру - De Brune Groeneveldt позволяет устранить основную причину АК, уменьшает риск развития рецидива заболевания. Модификации по Дору и нашей клиники и способствуют сохранить антирефлюксные свойства в кардиоэзофагеальной зоне, что имеет немаловажное значение в отдаленном послеоперационном периоде.

### Заключение

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

### Литература:

1. Гаджиев А.Н. Клиника, диагностика, лечение кардиоспазма, ахалазии кардии и диффузного эзофагоспазма: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2001.
2. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
3. Муравьев В.Ю., Бурмистров М.В., Иванов А.И. Эндоскопическое лечение ахалазии кардии // Эндоскопия. - 2013. - №2. - С. 2-6.
4. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis / G.M. Campos [et al.] // Ann. Surg. - 2009. - Vol. 249. - P. 45-57.
5. Goldblum J.R. Histopathologic features in esophagomyotomy specimens from patients with achalasia / J.R. Goldblum, T.W. Rice, J.E. Richter // Gastroenterology. - 1996. - Vol. 111. - P. 648-654.
6. Inoue H., Minami H., Kobayashi Y. et al. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. Endoscopy 2010;42:265-71.
7. Woltman T.A. Achalasia / T.A. Woltman, C.A. Pellegrini, B.K. Oelschlager // Surg. Clin. North. Am. - 2005. - Vol. 85. - P. 483-493.
8. Vaezi M.F. Diagnosis and management of achalasia. American College of Gastroenterology Practice Parameter Committee / M.F. Vaezi, J.E. Richter // Am. J. Gastroenterol. - 1999. - Vol. 94. - P. 3406-3412.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

У.А. Боржиев, М.М. Мамытов

**Резюме:** Результаты хирургического лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом показали, что эффективным хирургическим методом выбора при мозжечково-полушарном локализации инсультных гематом может рекомендоваться – декомпрессионная трепанация ЗЧЯ. Резекционная трепанация черепа более перспективно у больных с субкортикальной локализацией с объемом гематом менее 60 см<sup>3</sup>. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом более эффективна при медиальной (базальные ядра), вентрикулярной локализации с объемом гематом более 60 см<sup>3</sup>. Фрезеотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы эффективна на 20 сутки после кровоизлияния в не зависимости от локализации и объема гематом.

**Ключевые слова:** супратенториальные кровоизлияния, субтенториальные кровоизлияния, шкала комы Глазго.

## EVALUATION OF EFFICIENCY OF VARIOUS METHODS OF OPERATIVE INTERVENTIONS IN HYPERTENSIVE HEMORRHAGIC STROKE

U.A. Borzhiev, M.M. Mamytov

**Summary:** The results of surgical treatment of patients with hypertensive hemorrhagic stroke showed that an effective surgical method of choice for cerebellar hemispheric localization of stroke hematomas can be recommended - decompression trepanation of the PCF. Resection trepanation of the skull is more promising in patients with subcortical localization with a volume of less than 60 cm<sup>3</sup> of hematoma. Bone-plastic trepanation of the skull with removal of intracerebral hematomas is more effective in medial (basal nuclei), ventricular localization with a hematoma volume of more than 60 cm<sup>3</sup>. Fresotomy with puncture aspiration of the intracerebral hematoma is effective on the 20th day after hemorrhage, regardless of localization and volume of hematoma.

**Keywords:** supratentorial hemorrhage, infratentorial hemorrhage, Glasgow coma scale.

## ГИПЕРТЕНЗИАЛЫК ГЕМОРРАГИАЛЫК ИНСУЛЬТТУ АР КАНДАЙ ОПЕРАТИВДУУ ЫКМАЛАРЫНЫН КИЙЛИГИШҮҮСҮН БААЛОО

У.А. Боржиев, М.М. Мамытов

**Корутунду:** Гипертензиалык геморрагиалык инсульт менен бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы боюнча, гипертензиалык мээге кан куюлулар каракуш мээнин шаарчасында жайгашса, анда натыйжалуу хирургиялык ыкма деп артык баш сөөктүн чункурчасынын декомпрессиалык трепанациясы сунушталынат. Гематома субкортикалдуу жайгашса, анын көлөмү 60 см<sup>3</sup> ашпаса, анда келечектүү жакшы натыйжа берет деп – баш сөөктүн резекциалык трепанациясы сунушталат. Эгерде инсульттук гематома медиалдуу (базалдык ядролор), вентрикулярдуу жайгашса, анын көлөмү 60 см<sup>3</sup> ашса, анда натыйжалуу деп – баш сөөктүн пластикалык трепанациясы сунушталат. Мээнин ичиндеги гематоманы фрезеотомия аркылуу тешип сордуруп алуу ыкмасы, кан куюлгандан 20 күн өткөндөн кийингана жасалса жакшы натыйжасын берет.

**Негизги сөздөр:** супратенториалдык кан куюлуу, субтенториалдык кан куюлуу, Глазго кома шкаласы.

**Актуальность.** По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульты занимают второе место среди причин смерти. В 2012 г. в мире от инсульта погибли 6,8 млн. человек, что составило 11,9% от всех умерших [1]. Частота же гипертензивных внутримозговых кровоизлияний (ГВМК) среди всех нарушений мозгового кровообращения доходит до 10-20% [2,3].

Крупнейшее международное рандомизированное исследование хирургического лечения ГВМК (STICH - The International Surgical Trail in Intracerebral Hemorrhage), включавшее около 1000 пациентов, показало, что ургентная краниотомия и эвакуация гематомы в течение первых 72 часов не ассоциируется с благоприятными исходами по сравнению с консервативными методами лечения

[2,4]. При следующем исследовании (STICH II), выполненном в 2013 г., отмечен небольшой, но клинически значимый эффект операций у пациентов с субкортикальными ГВМК без внутрижелудочкового компонента [5]. Многие специалисты используют активную тактику лечения ГВМК и отдают предпочтение хирургическому вмешательству, но именно в этой группе пациентов регистрируются самые большие цифры летальности, достигающие 50%, а у больных, находившихся перед операцией в коме, - 60-80% [6,3]. Среди выживших после операции 75% остаются глубокими инвалидами [7,8,9].

Поэтому анализ результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом (ГИ) остается актуальным.

**Целью** настоящей работы явился оценка результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом, обусловленного артериальной гипертензией, для определения эффективности различных методов хирургических вмешательств.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ результатов хирургического лечения 90 больных с геморрагическим инсультом. Все больные были прооперированы в отделениях нейрохирургии и нейротравматологии НГ МЗ КР в период 2010 года по 2016 годы. Возраст больных варьировал от 43 до 76 лет. Мужчин было 57, женщин - 33. Всем больным при поступлении выполняли компьютерную или магнитно-резонансную томографию. Основным этиологическим фактором во всех случаях являлась гипертоническая болезнь.

**Результаты и обсуждения.** Средний возраст прооперированных больных составил 60 лет (самому молодому было 43 лет, самому старшему 76 лет). Среди прооперированных больных было 63,3% мужчин и 36,7% женщин. Среди оперированных больных у 26,6% уровень бодрствования был 14-15 баллов по ШКГ, у 21,1% - от 11 до 13 баллов ШКГ, у 24,4% - от 8 до 10 баллов по ШКГ, у 27,8% от 3 до 6 баллов по ШКГ. Летальность у больных с уровнем бодрствования 14-15 баллов по ШКГ неотмечалось, при 11-13 баллов по ШКГ, летальность составило - 12%, при 8 - 10 баллах - 22%, при 3 - 6 баллах - 33,3% (табл. 1).

Таблица 1

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от уровня сознания

Уровень сознания	С улучшением	Летальность	Всего
Ясное	17 (100%)	0	17 (100%)
Заторможенное	22 (88%)	3 (12%)	25 (100%)
Сопор	21 (78%)	6 (22 %)	27 (100%)
Кома	14 (66,7 %)	7 (33,3 %)	21 (100%)

В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на четыре группы.

В первую группу вошли 52 больных. Этим больным проводилась костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом. При этом методе хирургического лечения летальность составила 19,2%.

Во вторую группу вошли 28 больных. Этим больным осуществлялась резекционная трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом, летальность составила 14,28%.

В третью группу вошло 7 больных. Этим больным проводилась фрезеотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы, при этом летальность составила 28,57%.

В четвертую группу вошли 3 больных с кровоизлиянием в полушария мозжечка. Этим больным проводилась декомпрессионная трепанация задней черепной ямки с удалением гематомы, при этом летальность неотмечалось, все 3 больные выписаны с улучшением (табл. 2).

Таблица 2

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от методов операции

Метод операции	С улучшением	Летальность	Всего
КПТЧ	42 (80,8%)	10 (19,2%)	52 (100%)
РТЧ	24 (85,72%)	4 (14,28%)	28 (100%)
Фрезеотомия	5 (71,43%)	2 (28,57%)	7 (100%)
Декомпрессионная трепанация ЗЧЯ	3 (100%)	-	3 (100%)
Исход всех оперированных больных	74 (82,2%)	16 (17,8%)	90 (100%)

Из всех оперированных 90 (100%) больных 74 (82,2%) больных выписаны с улучшением, а 16 (17,8%) больных с летальным исходом.

По расположению ГИ, основываясь на данных компьютерной томографии головного мозга, пациенты были разделены на две группы:

В первую группу вошли - 81 пациент с супратенториальными кровоизлияниями, летальность среди которых составила 17,3%.

Во вторую группу вошли - 9 пациентов с субтенториальными кровоизлияниями, летальность среди которых составила 22,2%.

В первой группе больные были подразделены на субкортикальные (лобарные) кровоизлияния диагностированы у 42 пациентов, где летальность была самой низкой 9,5%, на медиальные (в базальные ганглии) кровоизлияния у 9 больных, где летальность составила 11,1% и на субкортикальное кровоизлияние с прорывом в желудочки (вентрикулярное) у 30 больного, где летальность была самой высокой 30% (табл. 3).

Таблица 3

Результаты исхода хирургического лечения в зависимости от локализации ГИ

Локализация	С улучшением	Летальность	Всего
Субкортикальные(лобарные)	38 (90,48%)	4 (9,52%)	42 (100%)
Медиальное и базальные ядра	8 (88,89%)	1 (11,11%)	9 (100%)
С прорывом в желудочки	21 (70%)	9 (30%)	30 (100%)
Супратенториальные	7 (77,78%)	2 (22,22%)	9 (100%)

Кроме того проведен анализ частоты летальных исходов в зависимости от объема ГИ и степени дислокации срединных структур. Среди умерших прооперированных больных распределение по объему ГИ было следующим: до 60 см<sup>3</sup> - 11,5% случаев, от 61 до 80 см<sup>3</sup> - 9,52%, от 81 до 120 см<sup>3</sup> - 22,58% и выше 121 см<sup>3</sup> - 33,3% (табл. 4).

Таблица 4

Результаты исхода хирургического лечения в зависимости от объема ГИ

Объем гематомы в см <sup>3</sup>	С улучшением	Летальность	Всего
до 60	23 (88,47 %)	3 (11,53%)	26 (100%)
От 61 до 80	19 (90,48%)	2 (9,52%)	21 (100%)
От 81 до 120	24 (77,42%)	7 (22,58%)	31 (100%)
От 121 и более	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100%)

Распределение умерших больных по степени дислокации срединных структур было следующим: до 2 мм - в 11,1% случаев, от 3 до 6 мм - в 21%, свыше 10 мм - в 40% (табл. 5).

Таблица 5

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от дислокации срединных структур

Степень дислокации срединных структур	С улучшением	Летальность	Всего
до 2 мм	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)
От 3 до 6 мм	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
От 10 мм и более	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Исход всех оперированных с дислокацией срединных структур	19 (79,17%)	5 (20,83%)	24 (100%)

Также проведен анализ частоты летальных исходов в зависимости от сроков оперативного лечения. Среди умерших прооперированных больных распределение по срокам оперативного лечения было следующим: 1-3 сутки 23,7% случаев, 4-6 сутки 16,6%, 7-9 сутки 12,5%, 10 сутки и более 11,1% (табл. 6).

Таблица 6

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от сроков операции

Сроки операции	С улучшением	Летальность	Всего
1-3 сутки	29 (76,3%)	9 (23,7%)	38 (100%)
4-6 сутки	15 (83,4%)	3 (16,6%)	18 (100%)
7-9 сутки	14 (87,5%)	2 ( 12,5%)	16 (100%)
10 сутки и более	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18 (100%)

### **Выводы:**

1. Эффективным хирургическим методом выбора при мозжечково-полушарном локализации инсультных гематом может рекомендоваться – декомпрессионная трепанация ЗЧЯ.
2. Резекционная трепанация черепа более перспективно у больных с субкортикальной локализацией с объемом гематом менее 60 см<sup>3</sup>.
3. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом более эффективна при медиальной (базальные ядра), вентрикулярной локализации с объемом гематом более 60 см<sup>3</sup>.
4. Фрезотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы эффективна на 20 сутки после кровоизлияния в не зависимости от локализации и объема гематом.
5. Прогностический благоприятными для хирургического лечения служат инсультные гематомы с объемом менее 60 см<sup>3</sup> и с угнетением сознания пациентов не ниже глубокого оглушения (более 10 баллов по ШКГ) с дислокацией срединных структур головного мозга до 3 мм.
6. Хирургическое лечение в течение 72 часов инсультных гематом сопряжено с высоким риском послеоперационной летальностью при их супратенториальной, вентрикулярной локализациях, в объеме более 70 см<sup>3</sup> с дислокацией срединных структур головного мозга более 10мм, с угнетением сознания пациентов глубже сопора (7 баллов и менее по ШКГ).

### **Литература**

1. 10 ведущих причин смерти в мире: информационный бюллетень ВОЗ. 2014. №310.  
URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru> (дата обращения 08.03.2016 г.).
2. Джинджихадзе Р.С., Древаль О.Н., Лазарев В.А. Декомпрессионная краниотомия при внутричерепной гипертензии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 112 с.
3. Крылов В.В., Дашьян В.Г., Буров С.А. Хирургия геморрагического инсульта. М.: Медицина, 2012. 336 с.
4. Mendelow A.D., Gregson B.A., Fernandes H.M. STICH investigators. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage (STICH): a randomised trial // *Lancet*. 2005. Vol. 365. P. 387-397.
5. Mendelow A.D., Gregson B.A., Rowan E.N. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial lobar intracerebral haematomas (STICH II): a randomised trial // *Lancet*. 2013. Vol. 382. P. 397-408.
6. Ахмадиев Р.Н., Банашкевич В.Э., Тоторкулов Р.И. Опыт применения пункционно аспирационного удаления нетравматических внутримозговых гематом в сочетании с локальным фибринолизом // *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2012. № 4. С. 90-92.
7. Свистов Д.В., Мануковский В.А., Волк Д.А. Результаты хирургического лечения больных с первичными внутри-мозговыми кровоизлияниями // *Нейрохирургия*. 2010. № 2. С. 26-33;
8. Смянович А.Ф., Танин А.Л., Головкин А.М. Ранние результаты хирургического лечения гипертензивных внутримозговых кровоизлияний // *Российский нейрохирургический журнал*. 2014. Т. IV С. 122-123.
9. Филиппов А.И., Щербинин А.В., Задорожный А.А. Результаты хирургического лечения гипертензионных внутричерепных кровоизлияний в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе // *Российский нейрохирургический журнал*. 2014. Т. IV. С. 128.

## **КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ**

**Э.Ж. Джамалбекова, Э.А. Байгараев**

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В работе представлена ранняя диагностика и сравнительное лечение различными способами при ДТБС. В диагностике применены клинический осмотр, УЗИ и рентгенография. Лечение ДТБС разделены на 3 группы: в первой группе применены подушка Фрейка, второй группе шина Виленского, третьей группе нами разработанное устройство Джумабекова. Изучены ближайшие и отдаленные результаты у всех групп.

**Ключевые слова:** Дисплазия тазобедренного сустава, ранняя диагностика, подушка Фрейка, шина Виленского, устройство Джумабекова.

## **БАЛДАРДЫН ЖАМАБАШ САН МУУН ДИСПЛАЗИЯСЫНЫН КОМПЛЕКСТИК ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА САЛЫШТЫРМА ДАРЫЛООСУ**

**Э.Ж. Джамалбекова, Э.А. Байгараев.**

Бишкек травматологиялык жана ортопедия илим-изилдөө борбору

**Корутунду:** Илимий иште жамбаш сан муунун дисплазиясында алдын алуу диагностика жолдор менен салыштырмалуу дарылоосуна байланыштуу, берилген клиникалык текшерүүнү колдонулат, УЗИ жана рентген жамбаш сан муунун дисплазиясынын дарылоосунда, иштеп чыгарылган топ 3-кө бөлүнөт: 1-топко Фрейк жаздыгы, 2-топко Вилен шиначасы, 3-топко иштеп чыгарылган Джумабеков түзүлүшү кирет. Ар бир топтун дароо жана узак мөөнөтүнүн натыйжалары изилденген.

**Негизги сөздөр:** Жамбаш сан муунун дисплазиясы, алдын алуу диагностикасы, Фрейк жаздыгы, Вилен шиначасы, Джумабеков түзүлүшү.

## COMPLEX DIAGNOSTICS AND COMPARATIVE TREATMENT OF HIP DYSPLASIA IN CHILDREN

**E.Dzh. Dzhamalbekova., E.A. Baygaraev.**

Bishkek Scientific Center of Trauma and Orthopedics.

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** In the work presents early diagnosis and comparative treatment in various ways for dysplasia of the hip. Clinical examination, ultrasound and radiography are used in diagnosis. Treatment dysplasia of the hip joint is divided into 3 groups: in the first group, the pillow of Freik, the second group of the Vilenskiy tire, the third group developed by us Jumabekova. Short-term and all groups are studied.

**Keywords:** Hip dysplasia, early diagnosis, Freiks pillow, Vilenskys bus, Jumabekovs device.

**Актуальность.** Дисплазия тазобедренных суставов (ДТБС) является одним из самых частых и трудно диагностируемых в первое время заболеваний у детей, нередко приводящих к инвалидизации. В структуре врожденных ортопедических заболеваний врожденный вывих бедра занимает одно из первых мест. По данным разных авторов, дисплазия встречается в 0,7-2,5 случаях на 1000 новорожденных [1,2]. При неадекватном или позднем начале лечения данной патологии у 10-60% больных в последствие развивается диспластический коксартроз тазобедренного сустава. Учитывая, что дисплазия тазобедренных суставов относится к скрытым порокам развития, чаще всего неонатологи, педиатры или детские хирурги данную патологию у детей в условиях амбулатории не выявляют, что приводит к упущению оптимальных сроков начала лечения. Возникают трудности и при лечении детей с дисплазией тазобедренных суставов в ранние сроки, т. к. эти дети не проходят первичный осмотр ортопеда.

Актуальность данной проблемы заключается в том, что наиболее полное восстановление анатомических структур и функции тазобедренных суставов у детей происходит при ранней диагностике и лечении, начатом в грудном возрасте [5-7]. В нашей работе представлен полный отказ от одномоментного закрытого вправления и этапных гипсовых повязок, использование новой разработанной функциональной шины Джумабекова с предпозиционной подготовкой позволили почти в 98% случаев избежать такого осложнения, как ишемический постредпозиционный некроз головки бедренной кости. Анатомо-функциональные, трофические нарушения компонентов тазобедренного сустава без адекватного лечения с ростом ребенка прогрессируют и приводят в дальнейшем к тяжелым структурным изменениям в суставе [7]. Это, в свою очередь, вызывает нарушение функции опоры и движения, при этом возникают изменения положения таза, искривление позвоночника, развитие остеохондроза и коксартроза с последующей инвалидизацией в молодом возрасте [8-10].

### **Материалы и методы исследования:**

За период с 2015-2017 годы в отделении детской ортопедии Бишкекско научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии наблюдались 150 детей. В возрастной группы дети от 1го месяца до 12 месяцев.

### **Методы обследования:**

1. Клинический осмотр.
2. УЗИ тазобедренных суставов производится по методике Graf R.
3. Рентгенография с использованием схемы Хильгенрейнера-Эрлахера.

В зависимости от использованного ортопедического пособия при лечении ДТБС все больные разделены на три группы.

Первая группа составила 50 детей (65 суставов) лечавшихся в подушке Фрейка (Рис. 1), вторая группа 50 детей (58 суставов) лечение проводилась в шине Виленского (Рис. 2), третья группа 50 детям (85 суставов) лечение проводилась с разработанным устройством Джумабекова (Рис. 3).

Разработанное нами устройство Джумабекова получен патент КР №189 от 30.06.2015 г. Представляет из параллельной раздвижной металлической планкой и неподвижной кожаной манжеткой со шнурками, а также соединяющий раздвижной планкой (рис. 4). Производится фиксация нижней трети бедра и нижней трети голени в положении отведения и внутренней (около на 5-7 градуса) ротации нижней конечности. При этом головки бедренной кости центрируется в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условия для кровообращение тазобедренного сустава, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренного и коленного сустава. С помощью раздвижных планок постепенно атравмично достигаем оптимального положение бедер периодически выполняется дозированное отведение устройства под контролем рентгенограммы и ультразвунографии тазобедренного сустава до полного выздоровления. Обеспечивая тем самым центрирование головки бедренной кости во впадину у детей с ДТБС.



Рис. 1. Ребенок Ш.Р. 5-месяцев в подушке Фрейка.



Рис. 2. Ребенок К.С. 6-месяцев в шине Виленского.



Рис. 3. Ребенок А.Д. 8-месяцев в устройстве Джумабекова.

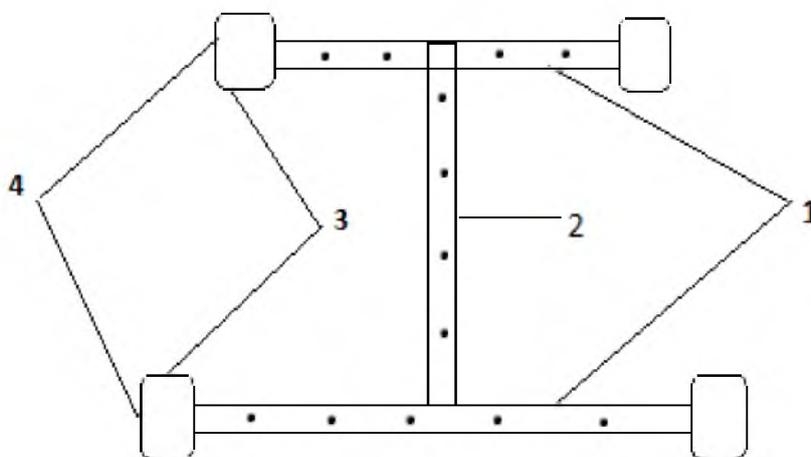


Рис. 4. Устройство Джумабекова для лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей.

- 1). Параллельные раздвижные металлические планки.
- 2). Соединяющая раздвижная планка.

### 3,4). Неподвижные кожаные манжетки со шнурками.

С первого дня всем детям, не зависимо от использования ортопедического изделия всем проводилась дополнительная терапия для улучшения кровообращения стимуляции репаративных процессов в костно-хрящевом и мягкотканых компонентах суставов. (Электрофарез с сосудорасширяющими препаратами на пояснично-крестцовый область, электрофарез с С1Са на область тазобедренных суставов, парафиновые аппликации, корригирующий массаж спины и ягодиц, лечебная физкультура).

#### **Результаты**

При анализе клинико – рентгенологических данных лечение ДТБС были получены результаты.

При этом у пациентов получившейся лечения с подушками Фрейка у 11 детей результаты отличный (7,48%), хороший у 14 (9,52%), удовлетворительный – у 20 (13,6%), неудовлетворительный процесс у 5 детей (3,4%).

Лечение пациентов второй группы осуществлялась в шине Виленского отличный результат у 12 детей (7,92%), хороший у 19(12,54%), удовлетворительный – у 11 (7,26), не удовлетворительный – у 8 детей (5,28%).

При изучении у пациентов третьей группы отличный результат у 32детей (21,12%) и хороший результат у 18 детей (11,88%) больных, неудовлетворительных результатов нету.

#### **Выводы:**

- 1 Сравнительный анализ результатов инструментального исследования больных с ДТБС лечившихся с разными ортопедическими устройствами выявил наибольшую степень патологического сдвига показали результаты при использовании подушки Фрейка и шины Виленского.
- 2 Разработанное устройство Джумабекова позволяет получить наибольшее количество хороших результатов при лечении ДТБС у детей.

Таким образом, предлагаемое нами устройство Джумабекова для лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей улучшает фиксацию нижних конечностей, позволяет постепенно атравмично достичь оптимального положение бедер при этом головки бедренных костей центрируются в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условия для кровообращения тазобедренных суставах, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренных и коленных суставов.

#### **Литература**

1. Леванова, И.В. Ранняя диагностика дисплазий тазобедренного сустава и показания к различным методам лечения у детей в возрасте до 3х месяцев: Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 1991. – 12 с.
2. Мальцева, Л.В. Возможности использования метода ультрасонографий в диагностике дисплазий и врожденного вывиха бедра у детей / Л.В. Мальцева, Т.Н. Менщикова, М.П. Тепленький // Бюл.ВСНЦ СО РАМН. – №6, Т. 2. – 2002.
3. Куценко, Я.Б. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный подвывих и вывих бедра / Я.Б. Куценко, Э.А. Рулла, В.В. Мельник. - Киев, 1992. - 180 с.
4. Bar-On, E. Early innominate osteotomy as a treatment for avascular necrosis complicating developmental hip dysplasia / E.Bar-On, M.H: Huo, P.A. DeLuca.// J. Pediatr. Orthop. - 1997. - Vol. 6-B. - P. 138-145.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

**А.И. Мусаев, А.С. Касенов, Э.Б. Исаев**

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

**Резюме:** Цель исследования оценить эффективность применения раствора декасана и димексида в профилактике гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии. Даны результаты у 130 больных (контрольная группа 30 больных, применение декасана 50 больных, применение димексида 50 больных). В оценке использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования (эхоморфометрия ран). Осложнения в контрольной группе 26,7%, при использовании декасана 10% и димексида 6,0%.

**Ключевые слова:** Профилактика раны, меры профилактики, осложнения, декасан, димексид.

## **ИЧКИ ХИРУРГИЯДАГЫ ЖАРААТТЫН ЫРБАПТАРЫНЫН АЛДЫН АЛУУ КАРАЖАТТАРЫНЫН ЖАНЫ ЫКМАЛАРЫ**

**А.И. Мусаев, А.С. Касенов, Э.Б. Исаев**

**Корутунду:** изилдөөнүн максаты өзгөчө ички хирургиядагы азгыруучу кетүүлөрүн алдын-алууга жана чечүүгө натыйжалуу жана декасан менен димексидке баа берүү, жыйынтыктарын 130 бейтаптарды (30 бейтаптардын көзөмөл тобу, декасан менен 50 бейтаптардын, димексид менен 50 бейтаптардын). Берилген баалоо клиникалык, инструменталдык жана лабораториялык изилдөө ыкмалары колдонулат (жаракаттын эхоморфометриялык изилдоосу). Контролдук топто жараатым ырбаптары 26,7% менен өтүшүп, качан декасан колдонгондо 10% жана димексид колдонгондо 6,0% болду.

**Негизги сөздөр:** Жаракат алган, алдын алуу, өтүшкөн ооруларды алдын алуу декасан, димексид.

## NEW APPROACHES OF PREVENTION OF POSTOPERATIVE PURULENT COMPLICATIONS IN ABDOMINAL SURGERY

A.I. Musaev, A.S. Kasenov, E.B. Isaev

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

**Summary:** The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the use of a solution of decasane and dimexide in the prevention of purulent-inflammatory complications in emergency abdominal surgery. Results are given in 130 patients (control group of 30 patients, application of decasane 50 patients, dimexide administration of 50 patients). The evaluation used clinical, laboratory and instrumental methods of investigation (wound echomorometry). Complications in the control group are 26,7%, with decasane 10% and dimexide 6,0%.

**Key words:** Preventive maintenance of wounds, preventive measures, complications, decasane, dimexide.

*Каждое поколение должно заново создавать равновесие между  
поддержанием традиции и разрывом с прошлым.*

*Конрад Лоренц*

### Введение

Основной истории хирургии является многовековая борьба с инфекцией. И в сознании любого хирурга есть отдельная глава, посвященная антибиотикопрофилактике или антибактериальной терапии гнойной инфекции. Исходя из этого и понимая реалии современного мира, главным антагонистом успешного лечения хирурга, выходит на первый план гнойная инфекция. На основании данной проблемы по сей день ведутся поиски наиболее оптимальных методов профилактики данной проблемы. [1,2].

Многими исследователями отмечено, что при наличии на данный момент известных и ранее разработанных средств и методов антисептики и их совершенствование, процент послеоперационных осложнений остается на высоком уровне, что по ряду источников составляет 4-17% после лапаротомии [3,4].

Причиной такого внимания к данной проблеме является увеличение числа операций, особенно более сложных, травматичных, снижение иммунологического статуса больных и влияние вредных экологических факторов. Стоит отметить, что наиболее высокий процент осложнений при остром аппендиците и холецистите [5].

Одним из основных причин возникновения воспалительных осложнений является госпитальная инфекция [6,7,8].

В свою очередь фактором передачи внутрибольничных инфекций могут быть хирургические инструменты, в связи с этим необходима разработка надежных методов обеззараживания и стерилизации [9].

Многими исследователями отмечено, что в возникновении раневых осложнений после хирургических вмешательств имеет немаловажное значение строгое соблюдение правил асептики и антисептики, метод дренирования брюшной полости и малого таза. Нарушение этих правил приводят к ухудшению течения раневого процесса. Немаловажную роль играют объем и травматичность операции. В свою очередь выполнение тщательного гемостаза в момент операции является залогом успеха дальнейшего течения раневого процесса [1,3].

В литературе отмечено много работ связанных с применением антибиотиков с аннотацией их дозировки и способов введения в организм. Многими авторами подмечена целесообразность введе-

ния антибиотиков перед операцией и к концу ее для профилактики гнойно-воспалительных осложнений. [2,3,10].

Во многочисленных литературных источниках указана проблема профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, что вынуждает искать новые методы профилактики, что и явилось для нас основанием для внедрения новых антисептиков для профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

#### Материалы и методики исследования

Под наблюдением было 130 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы № 1, г. Бишкек с 2015 по 2018 г. включительно, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. Из 130 пациентов нами было выделено 3 группы- первая (30 чел.) у них выполняли традиционные меры профилактики. Вторая группа (100 чел.) была разделена на 2 основные, первая из которых с целью профилактики получила обработку в момент операции декасаном, а вторая- димексидом- они отнесены к основной группе. Распределение больных по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n-130)

Пол	Всего из них в возрасте						
	абс. ч.	%	до 20 л	21-30	31-40	41-50	Старше 60 л
Мужчины	87	66,9	11	13	11	11	12
Женщины	43	33,1	15	14	17	12	14
Итого абс. ч. %	130 100,0	100,0	26 20,0	27 20,7	28 21,6	23 17,7	26 20,0

Стоит отметить, что мужчины в сравнении с женщинами поступали чаще. При анализе возрастных групп обращает на себя внимание, что удельный вес по возрасту был одинаков почти во всех группах, кроме лиц от 41-50 - они составили 17,7%.

По характеру заболеваний, как в контрольной, так и основной группах преобладали больные с острым холециститом и аппендицитом, а другие заболевания были у единичных больных. Надо отметить, что в разработку взяты больные только с деструктивными формами холецистита и аппендицита. Характер заболеваний дан в таблице 2.

Таблица 2

Характер заболеваний в контрольной группе и основных групп

Заболевания	Контрольная		Первая основная		Вторая основная	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Острый аппендицит	10	33,3	20	40,0	22	44,0
Острый холецистит	17	56,7	28	56,0	27	54,0
Кишечная непроходимость	2	6,7	1	2,0	1	2,0
Ущемленная грыжа	1	3,3	1	2,0	0	0
Итого	30	100,0	50	100,0	50	100,0

В контрольной группе из 10 больных острым аппендицитом флегмонозная форма была у 7, а гангренозная у 3, из 17 больных острым холециститом у 12 была флегмонозная форма, а у 5 гангренозная и из них у 4 – выявлен и местный перитонит. В первой основной группе из 20 больных с острым аппендицитом у 14 – была флегмонозная, а у 6 гангренозная, при чем у 3 осложнена перитонитом, а из 28 пациентов с острым холециститом у 23 флегмонозная форма и у 5 – гангренозная. Во второй основной группе также преобладала флегмонозная форма, как при остром аппендиците, так и холецистите.

Большинство оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, а при остром аппендиците под внутривенным и реже – под местной анестезией.

Доступ зависел от характера заболевания. При остром холецистите в основном использован минилапаротомный доступ (5-6 см), а при остром холецистите с явлениями местного перитонита или выявлении перивезикулярного абсцесса – традиционный лапаротомный доступ (15-18 см). При остром аппендиците доступ – по Волковичу-Дьяконову, а при аппендиците, осложненном перитонитом – нижнесрединная лапаротомия.

В контрольной группе профилактика заключалась в назначении антибиотиков после операции внутримышечно (цефазолин по 1,0 г 2 раза в сутки или ампициллин по 500тыс. ед. 4 раза в сутки) в

комплексе с обезболивающими препаратами по показаниям и инфузионную терапию (солевые растворы с витаминами группы В и С, реополиглюкин). Учитывая частоту осложнений у больных контрольной группы, для профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовали декасан и димексид. Мы обратили внимание на литературные сведения о применении этих препаратов в лечении воспалительных заболеваний с хорошим исходом и нам казалось целесообразным использовать их с целью профилактики воспалительных осложнений.

Декасан – 1 мл раствора содержит 0,2 мг декаметоксина, а вспомогательные вещества – натрия хлорид, вода для инъекций. Препарат оказывает выраженное бактерицидное действие на аэробную и анаэробную флору, он концентрируется на цитоплазматической мембране микробной клетки, объединяется с фосфатидными группами липидов мембраны, нарушая проницаемость мембраны. В процессе лечения декасаном повышается восприимчивость антибиотикорезистентности микроба до антибиотиков [11,12]. Препарат выпускается ОсОО «Юрия-фарм» (Украина, Киев).

Методика профилактики – после выполнения основного этапа операции (удаление желчного пузыря, аппендикулярного отростка, ликвидации непроходимости кишечника, рассечение ущемленного кольца при ущемленной грыже) брюшную полость орошали 0,02% раствором декасана, затем полость осушали и дренировали микроирригатором, через который в брюшную полость два раза в сутки вводили по 10 мл 0,02% раствор декасана. Рану брюшной стенки также обильно орошали раствором декасана, ушивали и дренировали резиновым выпускником при гангренозной форме холецистита и аппендицита. Микроирригатор удаляли на 3-4 сутки после операции, а выпускник через 24 часа. Эту методику мы использовали в первой основной группе.

Во второй основной группе применили антисептик 50 % раствор димексида. Механизм действия связан с инактивацией гидроксильных радикалов и улучшением метаболических процессов в очаге воспаления, снижением скорости проведения возбуждающих импульсов в периферических нейронах. Оказывает местноанестезирующее, местное противовоспалительное, анальгетическое и противомикробное действие; обладает некоторой фибринолитической активностью. Проникает через кожу и другие биологические мембраны, повышает их проницаемость для лекарственных веществ [13,14]. Препарат выпускается в стеклянных флаконах по 50 мл и 100 мл «Татхимпрепараты», Россия, г. Казань.

Методика применения: после выполнения основного этапа операции, брюшная полость осушается и дренируется, а рана после ушивания мышечно-аппоневротического слоя обрабатывается 50% раствора димексида, а выпускник в подкожную клетчатку при гангренозной форме аппендицита и холецистита. В послеоперационном периоде больные основных групп получали традиционную терапию.

Во всех группах для оценки мер профилактики учитывали клинические показатели (нормализация температуры, исчезновение болевого синдрома, нормализация количества лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), частота осложнений и сроки стационарного лечения).

Для оценки течения раневого процесса выполняли эхоморфометрические исследования раны через 1,3 и 5-6 суток после операции. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке: определение средней арифметической (М), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t-критерии по таблице Стьюдента.

#### Результаты и их обсуждение

Больные контрольной и основной групп оперированы и в послеоперационном периоде мы проследили клиническое течение заболеваний (табл. 3) и течение раневого процесса (табл. 4). При анализе клинического течения обращали внимание на исчезновение болевого синдрома, сроки нормализации температуры, частоту осложнений и сроки стационарного лечения.

Таблица 3

Клинические показатели больных контрольной и основной групп

	Острый холецистит			Острый аппендицит		
	исчез-е боли, сут-ки	нормал. темпер., сутки	сроки стац. преб-я, сутки	исчез-е боли, сут-ки	нормал. темпер., сутки	сроки стац. преб-я, сутки
Контр-ная M1±m1	4,2±0,17	2,4±0,03	8,0±0,62	3,1±0,08	2,8±0,12	5,6±0,21
Первая основная M2±m2	2,5±0,3	2,2±0,03	5,7±0,32	2,4±0,09	2,5±0,11	4,3±0,13
Вторая основная M2±m2	2,1±0,15	2,0±0,02	5,4±0,12	2,1±0,13	2,0±0,05	4,1±0,21

Р степень достоверности						
M1-M2	<0,01	<0,05	>0,01	<0,05	>0,05	<0,05
M1-M3	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
M2-M3	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05

Анализ клинических данных показал, что у больных контрольной группы были существенные различия в сравнении с основными. Так, при сравнении контрольной группы с первой основной, в которой мы использовали 0,02% раствор декасана при остром холецистите и аппендиците после операции достоверно быстрее исчезал болевой синдром, нормализация температуры в этих группах наступала на 2-3 сутки и достоверно сокращались сроки стационарного лечения как после холецистэктомии, так и аппендэктомии.

При сравнении показателей контрольной группы со второй основной, в которой с целью профилактики использован 50% раствор димексида, достоверные различия выявлены в сроках исчезновения болевого синдрома ( $4,1 \pm 0,17$  в контрольной и  $2,1 \pm 0,15$  во второй основной), нормализация температуры отмечена быстрее в основной группе и достоверно короче были сроки стационарного лечения. Следовательно, полученные данные показали целесообразность применения этих двух антисептиков.

Мы сравнили показатели двух основных групп и при этом установлено, что достоверные различия заключались в более быстром исчезновении болевого синдрома при использовании димексида и нормализация температуры, а сроки стационарного лечения были одинаковыми в обеих группах.

Наряду с клиническими показателями мы оценили течение раневого процесса используя эхоморфометрию ран, которая по данным ряда исследователей [15] является более объективным методом и позволяет выявить осложнения до проявления их клинических признаков [8]. Эхоморфометрию выполняли через сутки после операции, на 3 и 5-6 сутки (табл. 4).

Таблица 4

Показатели эхоморфометрии послеоперационной раны

Группы	Острый холецистит			Острый аппендицит		
	1 сутка	3 сутки	5-6	1 сутка	3 сутки	5-6
Контр-ная M1±m1	$2,5 \pm 0,02$	$2,8 \pm 0,03$	$2,1 \pm 0,01$	$2,5 \pm 0,009$	$2,8 \pm 0,009$	$2,2 \pm 0,01$
Первая основная M2±m2	$2,3 \pm 0,03$	$2,5 \pm 0,01$	$1,9 \pm 0,02$	$2,4 \pm 0,01$	$2,0 \pm 0,01$	$1,2 \pm 0,007$
Вторая основная M2±m2	$2,4 \pm 0,04$	$2,0 \pm 0,06$	$1,4 \pm 0,03$	$2,3 \pm 0,07$	$2,3 \pm 0,06$	$1,1 \pm 0,07$
Р - степень достоверности						
M1-M2	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
M1-M3	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
M2-M3	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Показатели эхоморфометрии через сутки после операции во всех группах были на одном уровне, существенное увеличение зоны инфильтрации наблюдается на 3 сутки как после аппендэктомии, так и после холецистэктомии, а на 5 сутки зона инфильтрации уменьшается. В тех случаях, когда на 5 сутки зона инфильтрации остается прежней или увеличивается в сравнении с показателями на 3 сутки, то это явилось для нас основанием для выполнения ревизии раны и усиления противовоспалительной терапии, что предотвращало возникновение нагноения ран. У больных первой основной группы у 3 из 50 было отмечено увеличение зоны на 5 сутки и выполненная ревизия, предотвратила возникновение осложнений, а у больных второй основной группы у 4 отмечено увеличение зоны инфильтрации и тоже ревизия предотвратила нагноение. В процессе лечения мы проследили за показателями лейкоцитоза (табл. 5).

Результаты исследования количества лейкоцитов показали, что по мере увеличения срока после операции снижается содержание лейкоцитов до нормы, но это снижение более выражено в основных группах.

В процессе наблюдения за оперированными больными мы особое внимание уделили осложнениям, которые имели место после операции. У больных контрольной группы из 30 оперированных осложнения воспалительного раневого процесса выявлены у 8, что составило 26,7% (нагноение раны 4, инфильтрат у 2, серома у 2), в первой основной группе из 50 оперированных осложнения были у 5 (10,0%) – нагноение раны у 2, серома у 1 и инфильтрат у 2. Во второй основной группе из 50 ослож-

нения выявлены у 3 (6,0%) – это серома у 1 и инфильтрат у 2. Следовательно, использование антисептиков для профилактики раневых осложнений оправдано.

Динамика количества лейкоцитов у больных контрольной и основной групп

Группы	Острый холецистит			Острый аппендицит		
	до опер.	3 сутки	5 сутки	до опер.	3 сутки	5 сутки
Контрольная M1±m1	12,5±1,12	10,1±0,48	8,4±0,57	11,2±0,91	9,8±0,37	8,4±0,41
Первая основная M2±m2	13,1±1,01	9,2±0,61	7,1±0,52	12,1±0,31	8,1±0,24	6,9±0,45
Вторая основная M2±m2	12,8±0,91	8,1±0,42	6,2±0,43	13,1±0,24	9,9±0,37	6,4±0,71
Р степень достоверности						
M1-M2	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05
M1-M3	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
M2-M3	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Таким образом, наши исследования показали, что в профилактике гнойно-воспалительных осложнений применение раствора декасана и димексида способствуют снижению частоты гнойно-воспалительных осложнений и их присутствие в ране ускоряет раневой процесс.

#### Выводы.

- 1) Использование традиционных мер профилактики с применением антибиотиков не предотвращает возникновение раневых осложнений. Применение декасана позволило снизить частоту осложнений в 2,67 раза, а димексида в 4,45 раза.
- 2) Раствор декасана 0,02 % и 50 % раствора димексида целесообразно использовать для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии

#### Литература

1. Абаев Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции / Ю.К. Абаев // Вестник хирургии. - 2005. - №3. - С. 107-112.
2. Gupta, R. Antibiotic prophylaxis for postoperative wound infections in clean elective breast surgery / R. Gupta, D. Sinnet, R. Carpenter // Eur. J. Surg. Oncol. - 2000. - Vol. 26.- P.363-366.
3. Беденков А.В. // Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. - Смоленск: МАКМАХ. 2007. - 91 с.
4. Гостищев В.К. // Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян // Хирургия. - 2011. - №5. - С. 56-60.
5. Послеоперационные раневые осложнения при остром аппендиците / Ю.К. Уметалиев, К.М. Мамакеев, О.К. Омурканов и др. // Медицина и фармация. - 2002. - Том 2, №1. - С. 74-78.
6. Мусаев А.И. Госпитальная инфекция в хирургии и меры ее профилактики [Текст] / А.И. Мусаев, Т.К. Керималиев // Известия ВУЗов, спец. выпуск- Бишкек, 2003.- №1.- С. 40-43.
7. Мусаев А.И. Профилактика раневых осложнений в хирургии и оперативной гинекологии [Текст] / А.И. Мусаев, Мамасаали уулу Ж, Н.А. Мусаева.-Бишкек : ОсОО « Кут-Бер», 2015.-112 с.
8. Семина Н.А. Внутрибольничные инфекции как проблема биобезопасности / Н.А. Семина // Вестник Российской академии наук. - 2002. - №10. - С. 48-50.
9. Favero, M.S. Sterilization Technologies Recent Developments / M.S. Favero // European Sterilization Conference. 5-7 May. - Turkey. 2004/- P. 21-22.
10. Деллинджер Э.П. Профилактическое применение антибиотиков в хирургии / Э.П. Деллинджер // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2001. №3. - С. 260-265.
11. Ковальчук, В.П. Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату декасану [Текст] / В.П. Ковальчук, М.І. Гуменюк, В.В. Бікміров // Вісник Вінницького державного медичного університету. - 2002. - №2. - С. 292-294.
12. Фомин, П.Д. Применение антисептика декасана в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лисов, С.Н. Козлов // КлінічнаХірургія. - 2009. - №11-12. - С.98-100.
13. Левенец В.Н. К применению диметилсульфоксида в хирургии [Текст] / В.Н. Левенец, А.И. Трецинский, В. И. Нерада // Клиническая хирургия. - 1996. - №3.- С. 67-73.
14. Сеньчукова Г.В. Обоснование состава и стандартизации лекарственных форм, содержащих димексид [Текст] / Г.В. Сеньчукова: автореф. дисс. канд. наук : М 2001.- 24 с.

## НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА

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

(зав. кафедры – д.м.н., профессор, Мусаев А.И.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 67 больных с кишечными анастомозами. Мужчин было 42, женщин 25, возраст больных колебался от 25 до 78 лет, в среднем составляя  $62 \pm 1,7$  лет. Всего осложнений выявлено 11 (16,3%), в том числе раневые, интра- и экстраабдоминальные. В послеоперационном периоде несостоятельность кишечных швов отмечена у 6 (8,9%) из 67 пациентов, умерло 2 (2,9%) больных.

**Ключевые слова:** несостоятельность кишечного анастомоза, перитонит.

## ИЧЕГИ-КАРЫН АНАСТАМОЗУНУН ТИГИШТЕРИНИН КУДУРЕТСИЗДИГИ

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

(кафедра башчысы – м.и.д., профессор, А.И. Мусаев)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Ичеги-карын анастомоздору менен ооруган 67 оорулуунун оору баянына ретроспективдүү анализ жүргүзүлгөн. 42 эркек, 25 аял болгон, оорулуулардын курагы 25тен 78 жашка чейин термелген, орточо  $62 \pm 1,7$  жашты түздү. Бардык оордошуп кетүүлөр 11 (16,3%), анын ичинде жараат, инстра жана экстра абдоминалдык. Операциядан кийинки мезгилде 67 бейтаптын ичинен алтоондо (8,9%) ичеги-карын тигиштеринин кудуретсиздиги белгиленген, 2 (2,9%) оорулуу каза болгон.

**Негизги сөздөр:** ичеги-карын анастомозунун кудуретсиздиги, перитонит.

## INSOLVENCE OF SEWAGE OF INTESTINAL ANASTOMOSIS

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

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

(rector – d.m.s, professor Kudaibergenova IO),

Department of General Surgery with a course of combustiology

(the head of the department is dms, professor, Musaev A.I)

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** A retrospective analysis of the case histories of 67 patients with intestinal anastomoses was carried out. There were 42 males and 25 females, the age of patients ranged from 25 to 78 years, an average of  $62 \pm 1.7$  years. Total complications revealed 11 (16.3%), including wound, intra- and extra-abdominal. In the postoperative period, inconsistency of the intestinal sutures was noted in 6 (8.9%) of 67 patients, 2 (2.9%) died.

**Key words:** insufficiency of intestinal anastomosis, peritonitis

### Введение

Значительная часть оперативных вмешательств на органах брюшной полости сопровождаются вскрытием и ушиванием кишечника, который содержит большое количество различных патогенных микроорганизмов. В связи с этим, послеоперационное заживление раны кишечника протекает в условиях обильного бактериального загрязнения [1,2].

По данным литературы, осложнения в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на толстой кишке отмечаются в 19-25% [3,4].

Убедительно доказано, что одной из причин развития несостоятельности кишечного шва с последующим развитием послеоперационного перитонита является так называемая биологическая негерметичность. Повышенная проницаемость кишечных швов предъявляет особые требования к их наложению и укреплению, а решение вопроса о профилактике несостоятельности кишечного шва остаётся до сих пор одной из актуальных проблем современной хирургии.

Одним из тяжелейших осложнений, приводящих к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости, является несостоятельность швов анастомоза, развивающаяся в 4-17% случаев [5,6]. Летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 89% и не имеет тенденции к снижению [7].

Высокий процент осложнений вынуждает хирургов искать новые методы, повышающие надежность кишечных швов.

**Цель** – Провести анализ историй болезни больных с несостоятельностью кишечных анастомозов.

#### **Материалы и методы**

Было проанализировано историй болезней 67 пациентов, перенесших операции на кишечнике, выполненные в хирургических отделениях ГКБ №1 в период с сентября 2010 по сентябрь 2017 гг.

Среди больных было 42 (62,6%) мужчин и 25 (37,4%) женщин, возраст больных колебался от 25 до 78 лет, в среднем составляя 62±1,7 лет.

Характеристика пациентов по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
До 45	4 (9,5%)	3 (12%)	7(10,4%)
45-59	11 (26,2 %)	8 (32%)	19 (28,4%)
60-74	19 (45,3%)	9 (36%)	28 (41,8%)
75 и старше	8 (19%)	5 (20%)	13 (19,4%)
Итого	42 (62,7%)	25 (37,3%)	67 (100%)

Сопутствующие заболевания выявлены у 56 пациентов из 67, причем, у 24 (35,8%) имелось одно тяжелое сопутствующее заболевание, у остальных больных наблюдались два и более сопутствующих заболевания. Преобладали хронические сердечно-сосудистые заболевания в стадии субкомпенсации (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II-III ст.) – 41 пациент, инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 3, заболевания легочной системы были у 19 пациентов, у 12 пациентов была анемия (Hb<90 г/л), желчнокаменная болезнь – 11, сахарный диабет II типа – 12, ОНМК в анамнезе у 2 пациентов, заболевания мочеполовой системы у 16.

32 больных оперировано по экстренным показаниям, остальные 35 в плановом порядке. Всем больным кроме хирургического лечения проводилась консервативная терапия.

Распределение больных по заболеваниям органов брюшной полости представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение хирургической патологии органов брюшной полости

Заболевание	Всего	
	абс.	%
Дивертикулит подвздошной кишки с перфорацией	3	4,5
Рак толстого кишечника	8	11,9
Ранение с повреждением тонкой кишки	9	13,5
Ранение с повреждением толстой кишки	3	4,5
Мезентериальный тромбоз с гангреной тонкой кишки	2	2,9
Долихосигма	19	28,4
Ущемление вентральных грыж с некрозом тонкого кишечника	8	11,9
Гемангиома тонкого кишечника	1	1,5
Болезнь Крона	3	4,5
Острая кишечная непроходимость с гангреной кишечника	11	16,4
<b>Всего</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Характер выполненных операций на органах брюшной полости представлен в таблице 3.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств		
Виды операций	Всего	
	абс.	%
Гемиколэктомия	13	19,4
Резекция сигмовидной кишки	23	34,4
Резекция тонкой кишки	24	35,8
Ушивание ран тонкого кишечника	4	5,9
Ушивание ран толстого кишечника.	3	4,5
<b>ИТОГО</b>	<b>67</b>	<b>100%</b>

При наложении анастомозов на органах желудочно-кишечного тракта использовалась стандартная методика наложения двухрядного шва по Альберту.

Виды анастомозов, сформированных у пациентов, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Виды анастомозов у пациентов		
Операция	всего	
	абс.	%
Тонко-тонкокишечный анастомоз	31	46,3
Толсто-тонкокишечный анастомоз	17	25,4
Толсто-толстокишечный анастомоз	19	28,3
<b>Всего</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

#### Результаты и их обсуждение.

В послеоперационном периоде несостоятельность кишечных швов отмечена у 6 (8,9%) из 67 пациентов, умерло 2 (2,9%) больных. Осложнение развивалось обычно на 5-6-ые сутки после операции. Одним из первых проявлений несостоятельности кишечного анастомоза было развитие перитонита и выход кишечного содержимого по дренажным трубкам. Трое больных из шести с несостоятельностью кишечных швов были оперированы по поводу острой кишечной непроходимости с некрозом тонкого и толстого кишечника, наложены тонко-тонкокишечный и тонкотолстокишечный анастомозы. При релапаротомии выявлена несостоятельность межкишечного анастомоза с продолжающейся гангреной анастомозированного участка, диффузный перитонит. Также несостоятельность кишечного анастомоза отмечена по одному случаю у больных с долихосигмой и раком толстого кишечника, где были наложены толсто-толстокишечный анастомоз и илеотрансверзоанастомоз.

Один больной с сегментарным тромбозом тонкой кишки с гангреной 1,5 м подвздошной кишки, была выполнена резекция 2 м кишки с анастомозом «бок-в-бок». На повторной операции отмечен продолженный тромбоз с ишемией кишки выше и ниже анастомоза. Была выполнена субтотальная резекция тонкой кишки. Больной умер на 5-е сутки от продолжающегося перитонита и полиорганной недостаточности.

У 2-го умершего пациента после оперативного вмешательства по поводу рака толстого кишечника обнаружена несостоятельность илеотрансверзоанастомоза на фоне токсического шока, запущенного перитонита. Больной умер на 6 сутки после релапаротомии от полиорганной недостаточности и раковой интоксикации.

Итоговая оценка осложнений и летальности представлена в таблице 5.

Таблица 5

Характеристика осложнений и летальности		
Показатель	Всего	
	абс.	%
<b>Раневые осложнения:</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>
Нагноение лапаротомной раны	2	2,9
<b>Интраабдоминальные осложнения</b>	<b>7</b>	<b>10,5</b>
Несостоятельность анастомоза, перитонит	6	8,9
Кровотечение	1	1,5
<b>Экстраабдоминальные осложнения:</b>	<b>2</b>	<b>2,9</b>
Полиорганная недостаточность	2	2,9
<b>ИТОГО</b>	<b>11</b>	<b>16,3%</b>
<b>Летальность</b>	<b>2</b>	<b>2,9%</b>

Всего осложнений выявлено 11 (16,3%), в том числе раневые, интра- и экстраабдоминальные.

Таким образом, ретроспективный анализ историй болезни больных выявил 8,9% несостоятельности кишечных анастомозов при оперативных вмешательствах в экстренном порядке и на фоне системных нарушений, обусловленных перитонитом и раковым процессом, тяжестью сопутствующей патологии и полиморбидности. Анализируя характер течения послеоперационного периода, необходимо отметить, что процент осложнений и летальности (2,9%) довольно высок.

Отсутствие достаточного числа исследований, посвященных профилактике несостоятельности кишечных анастомозов, является причиной того, что нет четких указаний по проведению превентивных мер данного осложнения при наложении кишечных соустьев.

#### **Список литературы**

1. Запорожец, А.А. Послеоперационный перитонит / А.А. Запорожец. - Минск, 1974. - С. 93-103.
2. Кишечный шов / [В.И. Корепанов и др.]. - М.: РМАПО, 1995. - 74 с.
3. Morks, A.N. Can intraluminal devices prevent or reduce colorectal anastomotic leakage: A review / A.N. Morks, K. Havenga, R.J. Ploeg // *World J. Gastroenterol.* - 2011 October 28. - Vol. 17 (40). - P. 4461-4469.
4. Systematic review of laparoscopic vs open colonic surgery within an enhanced recovery programme / [M.S. Vlug et al.] // *Colorectal. Dis.* - 2009 May. - Vol. 11 (4). - P. 335-43.
5. Агаев, Э.К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки / Э.К. Агаев // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова.* - 2012. - №1. - С. 34-37.
6. Sajid, M.S. Single layer versus double layer suture anastomosis of the gastrointestinal tract / M.S. Sajid, M.R. Siddiqui, M.K. Baig // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2012. - Vol. 18. - P. 1.
7. Применение кишечного шва в абдоминальной хирургии / [Ю.С. Винник и др.] // *Фундаментальные исследования.* - 2014. - №7. - С. 177-180.

## **ХИРУРГИЧЕСКИЙ СЕПСИС. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

### **Обзор литературы**

**Сыдыгалиев К.С.<sup>2</sup>, Тойгонбаев А.Т.<sup>2</sup>, Ибраимов Б.А.<sup>1</sup>, Чапьев М.Б.<sup>1</sup>, Самаков А.А.<sup>1</sup>, Бигишиев М.М.<sup>1</sup>, Ломанов Н.<sup>2</sup>, Келгенбаев Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Национальный хирургический центр МЗ КР

<sup>2</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данном литературном обзоре рассмотрены вопросы определения, этиологии, патогенеза, клиники и лечения сепсиса. Представлены литературные данные авторов ближнего и дальнего зарубежья.

**Ключевые слова:** сепсис, антибактериальная терапия, хирургическое лечение.

## **ХИРУРГИЯЛЫК СЕПСИС. АЗЫРКЫ АБАЛЫ, КЛИНИКАЛЫК АНЫКТООСУ ЖАНА ДАРЫЛООСУ**

**Сыдыгалиев К.С.<sup>2</sup>, Тойгонбаев А.Т.<sup>2</sup>, Ибраимов Б.А.<sup>1</sup>, Чапьев М.Б.<sup>1</sup>, Самаков А.А.<sup>1</sup>, Бигишиев М.М.<sup>1</sup>, Ломанов Н.<sup>2</sup>, Келгенбаев Д.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Улуттук хирургия борбору МЗ КР

<sup>2</sup>И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул адабияттык жыйынтыкта сепсисин этиологиясы, патогенези, клиникасы жана дарылоосунун суроолору каралган. Жакынкы жана алыскы өлкөрдүн адабият жыйынтыктары каралган.

**Негизги сөздөр:** сепсис, антибактериалдык дарылоо, хирургиялык дарылоо.

## **SURGICAL SEPSIS. CURRENT STATE OF PROBLEM, CLINICAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT**

### **Literature review**

**Sydygaliev K.S.<sup>1</sup>, Toigonbaev A.T.<sup>2</sup>, Ibraimov B.A.<sup>1</sup>, Chapyev M.B.<sup>1</sup>, Samakov A.A.<sup>1</sup>, Mambetov A.K.<sup>2</sup>, Bigishiev M.M.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

<sup>2</sup>Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** In this literature review questions of definition, etiology, pathogenesis, clinic and treatment of sepsis are considered. The literature data of the authors of near and far abroad are presented.

**Key words:** sepsis, antibacterial therapy, surgical treatment.

Несмотря на достижения современной медицины в борьбе с гнойно-воспалительными заболеваниями, сепсис остается одной из наиболее сложных проблем. На протяжении последних лет отмечается увеличение показателей смертности у больных хирургического профиля с тяжелыми формами инфекционных осложнений [5].

Ежегодно сепсис поражает огромное количество людей. Сепсис самая частая причина смерти у пациентов в лечебных учреждениях. Несмотря на использование мощных антибиотиков, а также современных технологий и интенсивной терапии. Увеличение частоты случаев является следствием следующих причин: 1) снижение чувствительности бактериальных возбудителей к воздействию антибиотиков; 2) широкое применение инвазивных медицинских технологий (длительная катетеризация вен, ИВЛ) и обширных хирургических вмешательств; 3) широкое применение в медицинской практике лекарственных препаратов с иммунодепрессивным действием на организм.

Согласно результатам большого европейского исследования SOAP, охватившего 3147 пациентов из 198 европейских центров, сепсис развился в 37,4% случаев, а госпитальная летальность от него колебалась от 14% случаев в Швейцарии до 41% в Португалии, в среднем составив 24,1%. Проанализировав результаты 12 881 больного тяжелым сепсисом в 37 странах в ходе исследования PROGRESS, R. Beale и соавт. отмечают, что госпитальная летальность в среднем составила 49,6% [14,15]. По данным L.J. Moore и соавт., 30-дневная летальность у пациентов с сепсисом составила 5,4%, а у пациентов с септическим шоком - 33,7%, причем отмечается более высокая распространенность септического шока как осложнения, развившегося в периоперационном периоде [16].

В США тяжелый сепсис занимает одно из ведущих мест в структуре причин летальных исходов у больных в критическом состоянии, а заболеваемость сепсисом составляет около 300 случаев на 10 тыс. человек, более чем у 750 тыс. человек ежегодно. Затраты на лечение сепсиса составляют почти 17 млрд. долл. США в год [17].

По данным Японской ассоциации JAAMSR, 28-дневная летальность среди больных сепсисом составила 23,1%, а общая госпитальная летальность - 29,5%. В Новой Зеландии и Австралии летальность при тяжелом сепсисе за 12 лет снизилась с 35 до 18,4%. Таким образом, считается, что летальность при сепсисе в среднем составляет около 30%, а при септическом шоке доходит до 50%, и ее снижение является одной из важнейших задач современной медицины [18].

Возбудителями сепсиса могут быть почти все существующие патогенные и условно патогенные бактерии, грибы, простейшие и вирусы. На сегодняшний день в большинстве хирургических клиник частота грамположительного и грамотрицательного сепсиса оказалась приблизительно равной. Это произошло в результате активизации деятельности таких бактерий, как *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp. и *Enterococcus* spp. Увеличение числа выполняемых больших хирургических вмешательств и рост количества лиц со сниженной антиинфекционной защитой увеличили долю инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, в особенности *S. epidermitis*. Среди стафилококков, вызывающих сепсис, наблюдается неуклонный рост метициллинорезистентных штаммов [8].

По литературным данным известно, что в патогенезе сепсиса лежат следующие системные поражения, которые при сепсисе связаны с неконтролируемым распространением из первичного очага инфекционного воспаления провоспалительных медиаторов эндогенного происхождения, с последующей активацией под их влиянием макрофагов, нейтрофилов, лимфоцитов, с повреждением эндотелия и снижением органной перфузии и доставки кислорода. Выше перечисленное приводит к генерализации воспалительного процесса. Что введет к нарушению проницаемости и функции эндотелия капилляров, запуску ДВС синдрома, и развитию полиорганной недостаточности [6].

Следует подчеркнуть, что более чем в 60% случаев ДВС-синдром связан с сепсисом, вызываемым главным образом грамм-отрицательной флорой. В циркулирующей крови в результате ДВС-синдрома снижается содержание тромбоцитов, накапливаются продукты протеолиза, которые оказывают антикоагулирующее и токсическое действие, усиливается процесс фибринолиза. Развивается тяжелый геморрагический синдром данного сложного патологического процесса [2].

На сегодняшний день сепсис принято разделяют по степени тяжести, а также по локализации входных ворот инфекции.

По степени тяжести:

- тяжелый сепсис – это системный ответ организма на воспаление с нарушением функции всех органов или гипотензией менее 90 мм рт. ст.; соответствует тяжелому состоянию больного;
- септический шок – сепсис с гипотензией, сохраняющейся, несмотря на адекватную коррекцию гиповолемии; соответствует состоянию крайней тяжести.

По локализации входных ворот инфекции: гинекологический, урологический, хирургический, одонтогенный, тонзиллярный, раневой и т.д. [1].

Диагностика сепсиса. Диагноз «сепсис» подразумевает наличие синдрома системной реакции на воспаление – ССРВ (англ. SIRS – systemic inflammatory response syndrome) и инфекционного агента (бактериального, вирусного или грибкового), вызвавшего ССРВ [1].

ССРВ диагностируется при наличии двух или более из следующих 4 признаков:

- а) температура – более 38° или менее 36°С;
- б) тахикардия – более 90 ударов в минуту;
- в) частота дыхания – более 20 в минуту;
- г) количество лейкоцитов крови – более 12-109/ л или менее 4-109/ л, палочкоядерных форм – более 10% [1].

Ранняя диагностика и своевременное лечение повышает выживаемость пациентов с сепсисом. Крайне важно в течении первых часов после установки диагноза начать специфическую антибактериальную терапию, тем самым значительно улучшить результаты лечения. При осмотре пациента необходимо оценивать температуру тела, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, артериальное давление [4].

Для определения местоположения инфекционного очага применяют различные методы визуализации. Большинству пациентов показана рентгенография грудной клетки. При локализации очагов инфекции в грудной, брюшной или тазовой полости их можно диагностировать с помощью компьютерной томографии или МРТ [3].

В лечении сепсиса антибиотики являются важнейшим компонентом комплексной интенсивной терапии. Ранняя адекватная эмпирическая антибактериальная терапия приводит к снижению летальности и частоты осложнений. Антибактериальную терапию у пациентов с сепсисом проводят до достижения стойкой положительной динамики и исчезновения основных признаков инфекции. Данный вопрос решают индивидуально на основании комплексной оценки состояния пациента. Кроме того при инфекциях вызванных *S. Aureus*, рекомендуют длительные курсы антибактериальной терапии до 2-3 недель [7].

Препаратами выбора при сепсисе являются карбапенемы (имипинем, меронем), что связано с их ультрашироким спектром действия, низким уровнем приобретенной резистентности и возможностью использования у больных с полиорганной недостаточностью. Меронем назначается болюсно внутривенно с интервалом 8 часов, имипинем вводится только в виде инфузий в течении 60 минут, каждые 8 часов. Суточная доза меронема составляет 3,0 гр, имипинема 4,0 гр. При наличии анаэробного компонента инфекции целесообразно комбинация цефалоспоринов IV поколения (цефепим) с метронидазолом. Цефепим с метронидазолом обладают высокой антибактериальной активностью, широким спектром действия. Цефепим вводится внутривенно в дозе 2 грамма, каждые 2 часа, а метронидазол 100 мл каждые 8 часов [10].

Развитие синдрома полиорганной недостаточности при сепсисе, как правило сопровождается проявлениями гиперметаболизма. В этой ситуации обеспечение энергетических потребностей происходит за счет деструкции собственных белков, что усугубляет органную дисфункцию и усиливает эндотоксикоз. Поэтому проведение искусственной нутритивной поддержки – очень важный компонент лечения. С целью профилактики стресс-язв необходимо применять блокаторов H<sub>2</sub> рецепторов гистамина и ингибиторов протоновой помпы. Также при тяжелом сепсисе при развитии почечной недостаточности требуется проведение гемодиализа [12].

Нередко в патологический процесс при сепсисе вовлекаются легкие, может привести к острой дыхательной недостаточности. Показанием к проведению искусственной вентиляции легких является развитие паренхиматозной дыхательной недостаточности [13].

Важнейший аспект лечения сепсиса это санация первичного и вторичного гнойных очагов по принципам активного хирургического лечения с удалением всех нежизнеспособных тканей, с адекватным дренированием раны [9].

Хирургическое лечение при сепсисе включает в себя комплекс мероприятий направленных на максимальное сокращение сроков течения всех фаз раневого процесса. Проводится широкое рассечение и вскрытие гнойного очага с иссечением всех нежизнеспособных пропитанных гноем мягких тканей, в пределах здоровой ткани. Хирургическая обработка при любом гнойном заболевании долж-

на быть радикальной и по возможности выполняться в один этап. При анаэробной неклостридиальной инфекции, осложненной флегмоной – из-за тяжести состояния больного, характера и локализации поражения добиться радикальной хирургической обработки в ходе одной операции невозможно. В данном случае требуется выполнение повторных хирургических обработок. При этом операция приобретает многоэтапный характер. На каждом этапе необходимо стремиться к радикальности обработки до полного очищения раны [11].

**Выводы:**

Сепсис – это полиэтиологическое заболевание и ответная реакция организма на воздействие различных раздражителей.

Клиническая картина и реактивность организма характеризуется от действия инфекционного агента и вызывает синдром системной реакции на воспаление.

Своевременная комплексная диагностика и хирургическое лечение и комплексная терапия дает определенные успехи.

**Список используемой литературы**

1. Абелевич А.И. Хирургический сепсис: современное состояние проблемы / А.И. Абелевич // Неотложные состояния в травматологии и хирургии - 2011 г.
2. Рябов Г.А. синдромы критических состояний / Г.А. Рябов // Монография – 1994. – С. 236-237
3. Джеймс Гарден О. Общая и неотложная хирургия / О. Джеймс Гарден // Руководство для специалистов хирургической практики 2010. – С. 347-352.
4. Маккормик Б., Кузьков В.В. Основы интенсивной терапии / Б. Маккормик, В.В. Кузьков // Руководство Всемирной Федерации обществ анестезиологов – 2016. – С. 257-277.
5. Козлов В.К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / В.К. Козлов // АННА-Т. - 2007. – С. 8-18.
6. Гельфанд Б.Р., Руднов В.А., Проценко Д.Н. Сепсис в начале 21 века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия / Б.Р. Гельфанд, В.А. Руднов, Д.Н. Проценко // Мет. Рекомендации. – С. 10-12
7. Кондратенко П.Г. Дифференциальная диагностика и лечение хирургических болезней / П.Г. Кондратенко // Руководство по клинической хирургии – 2005. – С. 747-748.
8. Малерчук В.И., Путкин Ю.Ф. Общая хирургия / В.И. Малерчук, Ю.Ф. Путкин // Курс лекций – 2008. – С. 218-219.
9. Горюнов С.В., Ромашов Д.В. Гнойная хирургия / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов // Атлас. – 2004. – С. 129-130.
10. Корячкин В.А. Интенсивная терапия угрожающих состояний / В.А. Корячкин // Практическое руководство 2002. – С. 118-120.
11. Савельев В.С. 80 лекций по хирургии / В.С. Савельев. 2008. – С. 724-725.
12. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко – 2008. Т. 2. – С. 98-101.
13. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Сепсис в начале XXI века / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд // Практическое руководство. – 2006. – С. 32-33.
14. Vincent J-L, Marshall J.C., Namendys S.A. Assessment of the worldwide burden of critical illness: the Intensive Care Over Nations (ICON) audit/ J-L Vincent, J.C. Marshall, S.A. Namendys-Silva, [et al.] // Lancet Respir Med. - 2014. -Vol. 2(5). - P. 380-3866.
15. Beale R., Reinhart K., Brunkhorst F.M, Levy M et al. Promoting Global Research Excellence in Severe Sepsis (PROGRESS): lessons from an international sepsis registry // Infection. 2009. Vol. 37. P. 222-232.
16. Moore L.J., Jones S.L., Turner K.L. et al. The 2005-2007 National Surgical Quality Improvement Program Perspective // Arch. Surg. 2010. Vol. 145, N 7. P. 695-700.
17. Angus D.C., van der Poll T. Severe sepsis and septic shock // N. Engl. J. Med. 2013. Vol. 369. P. 840-851.
18. Ogura H., Gando S., Saitoh D. et al. Epidemiology of severe sepsis in Japanese intensive care units: A prospective multicenter study // J. Infect. Chemother. 2014. Vol. 20, N 3. P. 157-162.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В СНИЖЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Р.А. Оморов, А.У. Айтিকেев, Р.К. Кубатбеков**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра факультетской хирургии им. академика Рыскуловой К.Р.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе приведены данные сравнения использования мер по снижению болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии с использованием традиционных медикаментозных средств и усовершенствованного нашего метода. У 79 больных после лапароскопической холе-

цистэктомии применены обезболивающие средства внутримышечно, а у 68 больных применен усовершенствованный метод. Сравнение показало более высокую эффективность при использовании усовершенствованного метода.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, постлапароскопический болевой синдром.

## **ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КИЙИНКИ ООРУ СИНДРОМУН ТӨМӨНДӨТҮҮҮҮЧҮН КОМПЛЕКСТҮҮ МАМИЛЕ**

**Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев, Р.К. Кубатбеков**

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

**Корутунду.** Бул иште келтирилген маалыматтар салттуу дары-дармектер менен биздин жакшыртылган ыкма менен жасалган лапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдромун ба-саңдатуу боюнча чаралардын салыштыруусу берилген. Лапароскопиялык холецистэктомиядан кийин 79 бейтапка анестетик дары-дармектери колдонулган, 68 оорулуга биздин жакшыртылган ыкма колдонулду. Салыштыруунун негизинде жакшыртылган ыкманын пайдалануусу жогорку натыйжалуулугун көрсөттү.

**Негизги сөздөр:** өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу, лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы, лапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдромы.

## **COMPLEX APPROACH IN REDUCING THE PAIN SYNDROME AFTER VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY**

**R.A. Omorov, A.U. Aitikeev, R.K. Kubatbekov**

The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,  
Chair of faculty surgery  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** The work presents data comparing the use of measures to reduce pain after laparoscopic cholecystectomy using traditional medicines and our improved method. In 79 patients after laparoscopic cholecystectomy, analgesics were used intramuscularly, and in 68 patients an improved method was applied. The comparison showed a higher efficiency when using an improved method.

**Keywords:** cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, post laparoscopic pain syndrome.

### **Введение.**

Золотым стандартом в лечении желчекаменной болезни (ЖКБ) является, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Лечение ЖКБ насчитывает немногим более 100 лет. Ежегодно в мире выполняется около полутора миллионов холецистэктомий (ХЭ), причем в США – 600-700 тыс в год, в России – 200-300 тыс. [1]. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия во всем мире выполняется примерно у 80-90% пациентов. Она имеет значительные преимущества перед открытой холецистэктомией, проявляющиеся уменьшением числа осложнений и ранним восстановлением пациентов. Сложилось представление, что ЛХЭ не только безопасна, но и безболезненна в послеоперационном периоде. Боль после лапароскопических операций пространственно распределена и настолько уникальна, что часто упоминается как «постлапароскопический болевой синдром» [2,3].

В литературных данных исследователи отмечают необходимость применения обезболивающих средств на протяжении 3-5 дней, так как у больных боли имеют место не только в области троакарных ран, но и боли в правом подреберье с иррадиацией в плечо и руку. Идут поиски мер, которые бы снизили выраженность болевого синдрома. Боль препятствует активизации в полном объеме и увеличивает сроки пребывания в стационаре. Клинические наблюдения показывают, что именно болевой синдром в купе с тошнотой и рвотой является одной из наиболее распространенных жалоб пациентов в первые сутки после ЛХЭ [4, 5].

**Целью исследования** является обоснование применения усовершенствованного подхода в снижении болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии.

### **Материалы и методы.**

В данной работе представлен анализ лапароскопического лечения ЖКБ в период с сентября по декабрь (включительно) 2017гг. В программу были включены 147 пациентов, поступивших в пла-

новом и экстренном порядке с диагнозом хронический и острый калькулёзный холецистит. Возраст пациентов колебался от 21 до 78 лет, женщин – 108 (73,5%), мужчин – 39 (26,5%). Больные разделены на 2 группы: группа А (79чел) и группа Б (68человек), в группе А после ЛХЭ применялись медикаментозные средства: морфин, кетонал, кетопрофен и ксефокам внутримышечно, а в группе Б использовался усовершенствованный метод по уменьшению болей после ЛХЭ, который заключался в следующем:

- использовался лидокаин 1% – 40 мл или 0,5%-80 мл в троакарные раны после выполнения операции инфильтративно, в ложе желчного пузыря и в правый купол диафрагмы в виде орошения.
- удаление остаточного газа (СО2) из брюшной полости электроотсосом.
- применение нестероидные противовоспалительные средства (кетонал, кетопрофен, ксефокам и т.п.) в послеоперационном периоде и отказ от наркотических анальгетиков.

В программу не были включены пациенты с осложнениями ЖКБ (холедохолитиаз, холангит, синдром Мирizzi, стриктура сфинктера Одди), и тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Всем пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом, использовали 3 порта (2-10 мм и 1-5 мм) или 4 порта (2-10 мм и 2-5 мм).

Для выявления интенсивности болевого синдрома через 2, 4, 16, 24, 48, 72 часа после операции использовали показатели Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (табл. 1) [6], которым пользуются анестезиологи и реаниматологи.

Таблица 1

Показатели ВАШ

0	1	2	3	4	5
Отсутствует боль	Легкая боль	Средняя боль	Выраженная боль	Сильная боль	Невыносимая боль
0	1-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

**Результаты и обсуждение.** Применение у 68 пациентов группы «Б» с ЖКБ мер по комплексному подходу в снижении болевого синдрома при ЛХЭ позволило снизить болевой синдром на 1,5 раза по интенсивности по сравнению с группой «А» и на 8-12 часов по продолжительности.

В группе «А» больным в послеоперационном периоде однократно проводилась анестезия наркотическим анальгетиком, что увеличивало время нахождения больного в реанимации и отдаляло время активизации больного на 2-4 часа. ВАШ у группы «А» в первые сутки находился в районе 3-4 (у 64 чел. – 81%), и держался до конца 2 суток, тогда как у группы «Б» ВАШ был в районе 1-2 (у 62 чел. – 91%) и продолжался только первые сутки, далее рекомендовали обезболивание по мере появления болей и обязательно перед сном.

Локализация болей тоже отличалась у двух групп: у группы «А» (рис. 1.) боли локализовались в плече, в правом подреберье (в области дренажной трубки) и в области троакарных ран, тогда как у группы «Б» (рис. 2.) боли локализовались лишь в области эпигастрия – троакарной раны из которой извлекался желчный пузырь. Это объясняется тем, что боль возникает в тех местах под воздействием ряда факторов:

- травматизация и перерастяжение мышц передней брюшной стенки [6] (предпочтение 1 портового и 3 портовых манипуляций)
- воздействие на правый купол диафрагмы (при наполнении брюшной полости газом)
- оставление дренажа всем больным без разбора.
- поздняя активизация и удаление остатков газа.

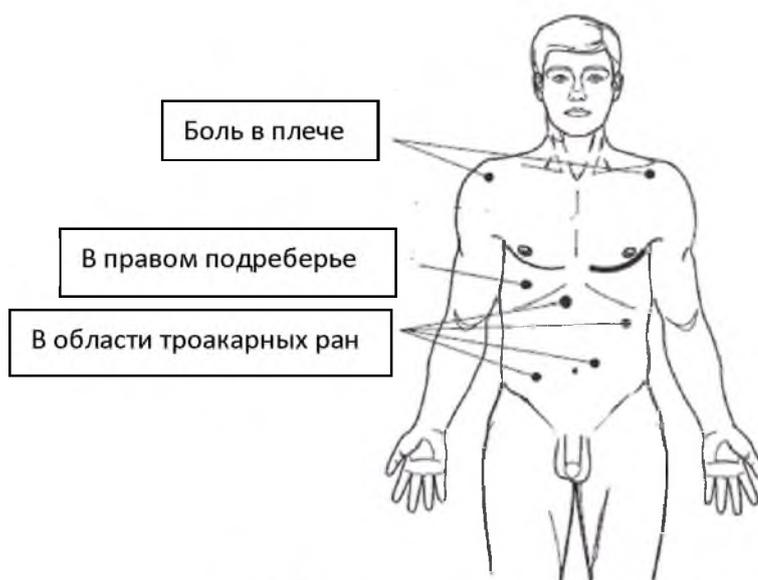


Рис. 1. Локализация болей у больных группы «А».

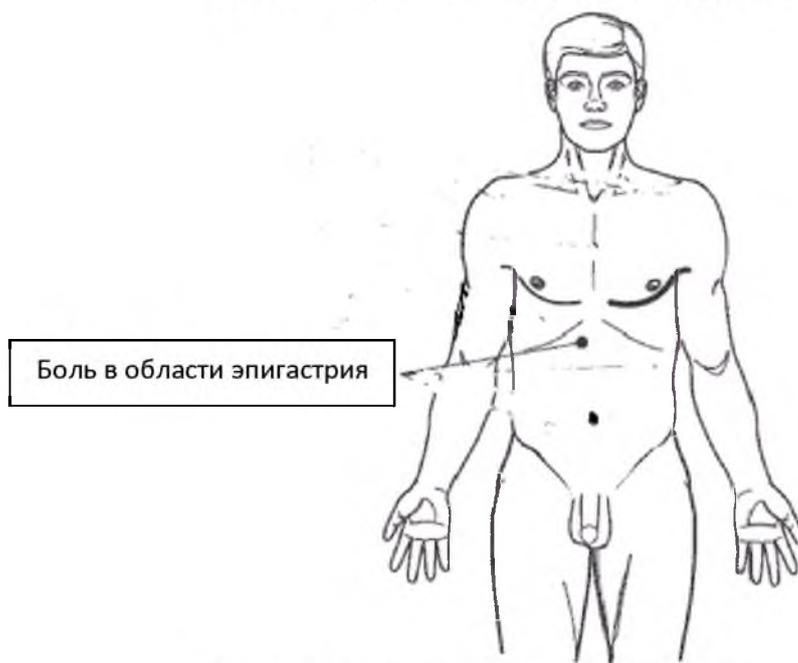


Рис.2. Локализация болей у больных группы «Б».

При анализе болевого синдрома в группе "Б" было установлено, что после применения инфльтрации зон троакарных ран, ложа желчного пузыря и купола диафрагмы раствором лидокаина в первые сутки не требовалось применение наркотических анальгетиков, а в последующие дни нестероидные противовоспалительные средства в количестве 2-3 раза в 1 и 2 сутки.

#### **Выводы.**

- 1) После ЛХЭ возникновение болевого синдрома имеет немаловажное значение в оценке состояния больного и требует применения обезболивающих средств.
- 2) Использование раствора Лидокаина для обезболивания брюшной полости и троакарных ран снижает интенсивность болевого синдрома в 1,5 раза и продолжительность на 6-12 часов.
- 3) Предложенная методика проста по выполнению и не требует повышения материальных затрат и должна найти применение при ЛХЭ.

#### **Литература:**

1. Ильченко, А.А. *Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп.* / А.А. Ильченко - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. – 880 с.
2. Riedel, HH, *Das postpelviskopische-(laparoskopische) Schmerzsyndrom [The postlaparoscopic pain syndrome].* / HH. Riedel, K. Semm//, *Geburtsh Frauenheilk* - 1980; vol.40. - P. 635–643.

3. Pier, A. Das postlaparoskopische Schmerzsyndrom. Ergebnisse einer prospektiven, randomisierten Studie / [A Pier, M Benedic, B Mann et al.]// Chirurg. - 1994; vol. 65.-P. 200–208.
4. Hashemi, S. Paravertebral block using bupivacaine with/without fentanyl on postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy: A double-blind, randomized, control trial, /S.Hashemi, S.Heydari, S. Hashemi //Adv. Biomed Res. 2014; vol.4 № 3.-P. 187-188.
5. Hwang, B.Y. Oxycodone vs. fentanyl patient-controlled analgesia after laparoscopic cholecystectomy / [ B.Y. Hwang, J.Y.Kwon, E.Kim et al.]// Int. J. Med. Sci. - 2014.-vol. BP, №7.- P. 658-662.
6. Michaloliakou, C. Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy. / C. Michaloliakou, F. Chung, S. Sharma // Anesth Analg. -1996. - Vol. 82.-P. 44-51.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

К.С. Сыдыгалиев<sup>1</sup>, Б.А. Эраалиев<sup>2</sup>, А.К. Мамбетов<sup>1</sup>,  
А.А. Пахридинова<sup>2</sup>, А. Акматова<sup>1</sup>, Н. Исламбеков<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им. М.М. Мамакеева  
(зав. каф. – д.м.н., проф. А.А. Сопуев)

<sup>2</sup>Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
(директор – д. м. н., проф. К.М. Мамакеев)

**Резюме:** В данной статье представлена оценка результатов хирургического и консервативного лечения пациентов с отморожениями нижних конечностей. В Национальном хирургическом центре МЗ КР с январь 2016 года по январь 2018 года была оказана медицинская помощь 67 пациентам с отморожениями нижних конечностей разных степеней. Из них за 2016 год поступило 23 человека, за 2017 год 26 человек, и в связи с аномальным похолоданием за январь 2018 год поступило 18 человек. Возраст больных составлял от 22 до 60 лет и старше. Всем пациентам применялся анализ клинической картины, оценка локального статуса, стандартный комплекс обследований, включающий общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови. Выбор метода лечения больных в большей мере зависит от глубины и степени поражения.

**Ключевые слова:** отморожения, некрэктомия, ампутация, экзартикуляция, тактика лечения.

## БУТУН УШҮК АЛЫП КЕТКЕН БЕЙТАПТТАРДЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ ЖЫЙЫНТЫГЫ

К.С. Сыдыгалиев<sup>1</sup>, Б.А. Эраалиев<sup>2</sup>, А.К. Мамбетов<sup>1</sup>,  
А.А. Пахридинова<sup>2</sup>, А. Акматова<sup>1</sup>, Н. Исламбеков<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Улуттук хирургия борбору

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада бутунун үшүк алып кеткен бейтаптардын хирургиялык жана хирургиялык эмес жол дарылоодогу салыштырмасын көрсөткүчү аныкталды.

Улуттук хирургиялык борбордо 2016 жылдын үчтүн айынан, 2018 жылдын үчтүн айына чейин ар кандай степендери бутунан үшүк алган 67 бейтапка медициналык жардам көрсөтүлгөн. Жалпы бейтаптардын клиникалык көрүнүшү, белгилери жана локалдуу статусу, лабораториялык белгилери (жалпы каны, заарасы, биохимиялык анализи) аныкталган. Бутунан үшүк алган учурда, дарылоо ыкмасын тандоодо, үшүк алган бутунун тканынын терендигине жана үшүктүн степенине байланыштуулугу тас-тыкталды.

**Негизги сөздөр:** буттун үшүгү, сөөктү кесүү, муундан алып таштоо, дарылоону тандоо.

## RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH FROSTBITES OF THE LOWER LIMBS

K.S. Sydygaliev<sup>1</sup>, B.A. Eraaliev<sup>2</sup>, A.K. Mambetov<sup>1</sup>, A.A. Pakhridinova<sup>2</sup>, A. Akmatova<sup>1</sup>, N. Islambekov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,

<sup>2</sup>National surgical center

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** In this article is presented evaluation of results of surgical and conservative treatment of patients with frostbite of the lower extremities. 67 patients with the frostbite of lower extremities were treated in National Surgical Center of Health Ministry of Kyrgyz Republic from January 2016 to January 2018. Age of

the was from 22 to 60 and older. Analysis of clinical presentation, examination of local status, common laboratory tests including complete blood count, urinalysis, and blood chemistry were used for all patients. Method of treatment in most cases depends on depth and degree of injury.

**Актуальность.** Отморожения по данным Российских и зарубежных авторов составляет 3-15% от всех патологий хирургического профиля. Патология характерна для северных регионов и нередко встречается в южных странах, а в мирное время встречается во всех частях нашей планеты, которая составляет в структуре травм мирного времени от 1% до 10% [1,3,5].

Отморожения – проблема, которая привлекает внимание клиницистов, вследствие тяжести поражений и большим процентом инвалидизации [4].

Больные, в большинстве случаев, асоциальные, поздно обращаются за медицинской помощью, и вследствие этого происходит высокий процент операций и длительное стационарное лечение [6].

Согласно клинко-анатомической классификации выделяют: 1) дореактивный период, включающий в себя фазу холодового воздействия и продолжающийся до начала развития травматического отека тканей; 2) реактивный период, состоящий из фаз травматического отека тканей и продолжающийся до исхода заболевания.

В реактивный период окончательно определяется глубина поражения тканевых структур, в связи с чем выделяют 4 степени отморожения:

I степень – умеренная гиперемия и отёк. Пузырей и очагов некроза нет. Пациенты жалуются на незначительные боли, чувство жжения. Характерны непродолжительный скрытый период (несколько часов) и быстрое полное восстановление (к 5-6-му дню).

II степень – по истечении дореактивного периода отмечают гиперемию и отёк кожи с образованием пузырей, заполненных прозрачной жидкостью. Выраженный болевой синдром, парестезии. Восстановление происходит через 2-3 недели.

III степень – на фоне выраженной гиперемии с цианотичным оттенком и отёка появляются очаги некроза и пузыри с геморрагическим содержимым. В дальнейшем, после отторжения погибших тканей через 2-3 недели, раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем идёт краевая эпителизация (нарастание эпителия с дна раны невозможно) с рубцеванием. Восстановление при локальном характере изменений происходит через 1-2 месяца. При обширных поражениях необходима кожная пластика.

IV степень – местные изменения выражаются в развитии характерной картины сухой или влажной гангрены. При отсутствии инфекции демаркационная линия формируется через 2 недели, после чего необходимо выполнить некрэктомию или ампутацию (в зависимости от объёма поражения). При естественном течении через 1,5-2 месяца возможна самоампутация погибших тканей, при этом обычно образуется гранулирующая культи с выступающей в центре костью, что требует реампутации [7].

Нейрогуморальная теория отражает патогенез отморожений. Согласно этой теории, пусковыми моментами в их развитии являются сосудистый спазм, наступающий в результате активации симпатико-адреналовой системы, угнетение противосвертывающей системы крови и нарушение тканевого дыхания вследствие обратимого ингибирования окислительно-восстановительных процессов. Основные же патологические процессы в тканях развиваются при их внешнем согревании, когда возникает повышенная потребность в кислороде, что вместе с отсутствием адекватного кровообращения в конечности и развитием вторичных сосудистых расстройств приводит к тяжелой гипоксии и некробиотическим изменениям тканей [2,9].

Таким образом, отморожения конечностей являются актуальной проблемой не только в военное, но и в мирное время, встречается не только в северных, но и в южных регионах.

**Цель.** Оценка результатов хирургического и консервативного лечения больных с отморожениями нижних конечностей.

**Материалы и методы.** На базе Национального Хирургического центра МЗ КР г. Бишкек, был проведен ретроспективный анализ историй болезни, исследованы пациенты, находившиеся на лечении в отделении гнойной хирургии, в период с январь 2016 года по январь 2018 года. Всего поступило 67 больных с отморожениями всех степеней, из них прооперированно 40 (59,7%) больных, 27 (40,2%) больных получали консервативное лечение. Лиц мужского пола в материале исследования составило – 55 (82,08%), женщин – 12 (17,9%). Возрастной интервал 22-60 лет.

**Результаты и обсуждения.** Из 67 наблюдений в возрасте от 21 до 50 лет – 56 (83,5%), от 51 лет и старше – 11 (16,4%). Следовательно, больные трудоспособного возраста (рис.1).

С отморожениями I-II степени обратились 30 (44,77%) больных, а III-IV степени составило 37 (55,22%) больных (рис. 2,3).

Отморожение обеих стоп у 28 (41,7%) больных, отморожение левой стопы у 22 (32,8%) больных, отморожение правой стопы у 17 (25,3%) больных.

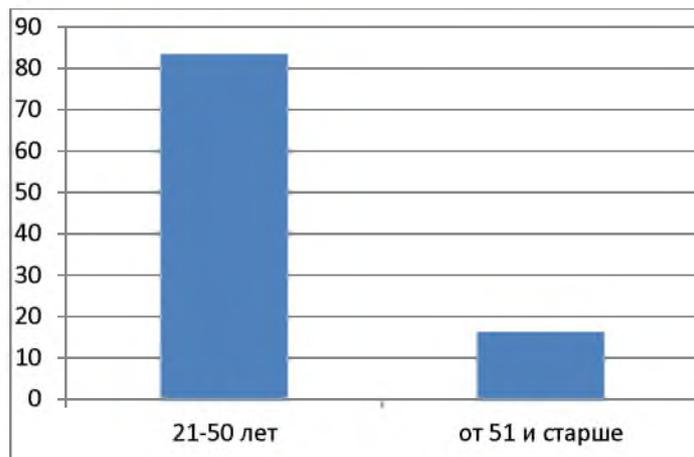


Рис. 1 Распределение больных по возрасту.

В первые 5 суток заболевания обратилось 45 (67,1%), 6-10 сутки -12 (17,9%), 10 и более суток – 10 (14,9%) (Рис. 4).



Рис. 2. Отморожение III степени. Больной К., 62 лет.



Рис. 3. Отморожение IV степени. Больной И., 67 лет.

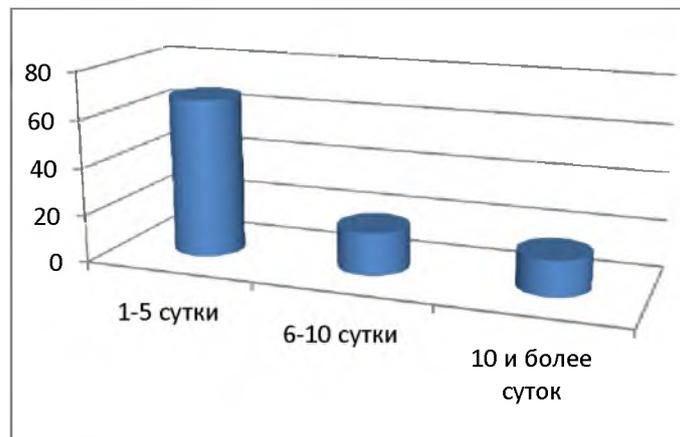


Рис. 4. Обращаемость больных по давности заболевания.

Оперативные вмешательства различных объемов были выполнены у 40 (59,7%) больных, у 27 (40,29%) больных с I-II степенью лечение ограничилось консервативной терапией и некрэктомией (Рис. 5).

Консервативная терапия включает: антибиотикотерапию – цефтриаксон 1,0 в/в 2 раза в день, метронидазол 100,0 в/в, капельно 2 раза в день, спазмолитическую терапию – NaCl 0,9% - 400,0 + папаверин 2%-2,0 в/в, капельно 1 раз в день, улучшение микроциркуляции - NaCl 0,9% - 100,0 + пентоксифиллин 5,0 0 в/в, капельно 1 раз в день, а также общеукрепляющую и терапию дезагрегантами.

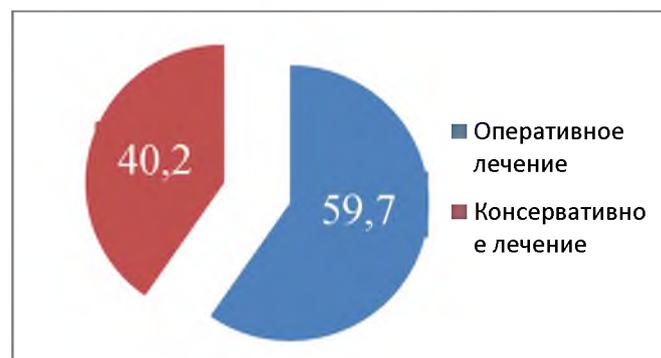


Рис. 5. Распределение больных по виду лечения.

В последнее время, с появлением новых антибактериальных и корректирующих лекарственных средств, удастся снизить интоксикацию у больных с глубокими отморожениями, что сокращает первичные радикальные ампутации, и выполняются хирургические некрэктомии [8].

Операции проводились в различных вариантах, в зависимости от степени и уровня поражений. По виду выполненных оперативных вмешательств пострадавшие с холодовой травмой распределялись следующим образом: некрэктомия – у 20 (29,85%) больных с поверхностными отморожениями II степени, экзартикуляция пальцев стоп – у 25 (37,31%) больных с отморожениями III степени, ампутация по Шарпу – у 12 (17,9%) больных с отморожениями III-IV степени, ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра – у 10 (14,9%) больных с отморожениями III-IV степени, осложненные влажной гангреной нижних конечностей. (Рис. 6).

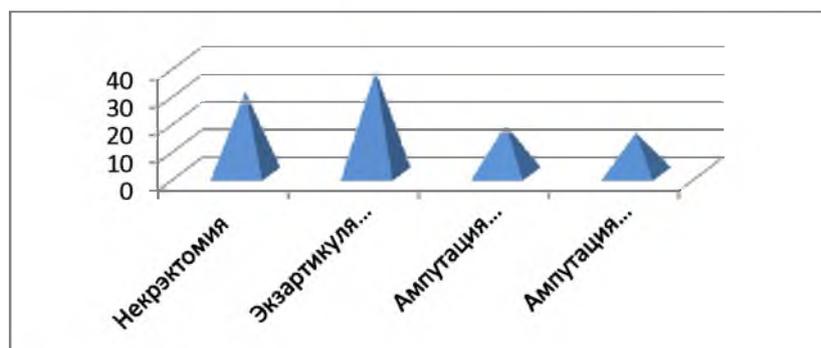


Рис. 6. Распределение больных по виду операций, %.

В ходе проводимого лечения, у всех больных проводили мониторинг общего анализа крови и биохимического анализа крови. У больных III и IV степеней отморожения отмечается лейкоцитоз, повышение СОЭ, снижение общего белка в крови, представленные в таблице 1, 2. После проведенного консервативного и оперативного лечения отмечается снижение лейкоцитоза и СОЭ, а также повышение белка крови, благодаря инфузионной терапии и нормализации питания больных за время пребывания в стационаре.

Таблица 1

Показатели лейкоцитов и СОЭ у больных с III-IV степенями отморожений ( $M \pm m$ ,  $\times 10^9$ )

	При поступлении	На 5 сутки	При выписке
Лейкоциты	11 $\pm$ 0,5	8,6 $\pm$ 1,5	6,8 $\pm$ 1,1
СОЭ	28 $\pm$ 3,2	24 $\pm$ 1,9	17 $\pm$ 3,1

Таблица 2

Показатели биохимических анализов у больных с III-IV степенями отморожений ( $M \pm m$ )

Показатели биохимических анализов	При поступлении	На 5 сутки	При выписке
Общий белок крови (г/л)	63 $\pm$ 1,2	63 $\pm$ 1,3	65 $\pm$ 2,4
АСТ (Ед/л)	14 $\pm$ 0,1	14 $\pm$ 1,2	14 $\pm$ 1,5
АЛТ (Ед/л)	16,4 $\pm$ 2,3	16,7 $\pm$ 2,2	16,6 $\pm$ 1,3
Сахар крови (ммоль/л)	5,2 $\pm$ 1,2	5,2 $\pm$ 1,1	5,1 $\pm$ 0,5
Мочевина (ммоль/л)	4,6 $\pm$ 2,4	4,6 $\pm$ 2,6	4,3 $\pm$ 2,1
Креатинин (мкмоль/л)	83 $\pm$ 2,5	83 $\pm$ 2,3	83 $\pm$ 1,4
Общий билирубин (мкмоль/л)	14,3 $\pm$ 1,6	14,6 $\pm$ 1,4	14,1 $\pm$ 1,2

Как видно из таблицы 2, из биохимических показателей при отморожениях наблюдалось лишь изменение общего белка крови.

#### Выводы:

1. При оказании хирургической помощи при отморожениях нижних конечностей первостепенной задачей является диагностика степени отморожения и общее состояние больного.
2. Субъективная и объективная оценка клинико-прогностических критериев позволит выбрать оптимальный вариант тактического и технического решения при отморожениях нижних конечностей, при отморожениях I степени – консервативное лечение, II степени – некрэктомия и консервативная терапия, а III-IV степенях – экзартикуляция или ампутация пораженного участка нижней конечности.

#### Литература

1. Белая Н.К., Кирик М.Ф. К вопросу о лечении отморожений // Хирургия. - 1949. - №4. - С. 79-80.
2. Бочаров С.Н., Лоскутников А.Ф. Лечение холодовой травмы // Материалы конференции «Новые направления в клинической медицине». Ленинск-Кузнецкий, – 2000. – С.84–85.
3. Будко А.А., Кичемасов С.Х., Скворцов Ю.Р. и др. Особенности оказания медицинской помощи при отморожениях в советско-финляндской войне // Военный медицинский журнал. - 2000. - Т.321, №4. - С. 73-78.
4. Воинов А.И. Комплексное лечение отморожений конечностей // Здоровоохранение. – Минск, – 1999. – №10. – С. 36-40.
5. Гостищев В.К., Липатов К.В., Фархат Ф.А., Бородин А.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения больных с отморожениями // В сб. мат. областной юбилейной научно-практической конференции, посвященной 75-летию образования Московской области, «Актуальные вопросы гнойной хирургии». – Видное, 2004. – С.30-31.
6. Липатов К. В., Фархат Ф.А., Бородин А.В., Воробьева А.В. Глубокие отморожения конечностей: комплексный подход к диагностике и лечению // Врач. -2005. - №9. - С. 39-41ю
7. Петров С.В. Ожоги, отморожения, электротравма // Общая хирургия. - 1999. - С. 616.
8. Свиридов Н.Н. Раннее прогнозирование уровня некрэктомии при глубоком отморожении // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2011. - №1. - С. 82.
9. Старков Ю.Л., Соколович Г.Е., Король Л.Н., Гаврилин Е.В., Коваленко Р.Ф. Современные представления о патогенезе некрозообразования при отморожениях и путях его предотвращения // Новые технологии в хирургии. – Новосибирск, – 1999. – С.151-154.

## ФИЛЛОДНАЯ ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Э.Т. Токтомушова, У.К. Саяков, М.Б. Орозалиев, А.К. Кылчыкбаев

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева,  
Кафедра Онкологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Филлодная фиброаденома является видом доброкачественного новообразования которая перерастает в саркому. Мы представляем случай из практики, больную, с диагнозом: Филлодная фиброаденома правой молочной железы. Отличительной особенностью данной опухоли является гигантские размеры и отсутствие злокачественного роста.

**Ключевые слова:** листовидная фиброаденома, филлодная фиброаденома молочной железы.

## FILLED FIBROADENOMA OF THE BREAST FAT. CLINICAL CASE

E.T. Toktomushova, U.K. Sayakov, M.B. Orozaliev, A.K. Kylchykbaev  
Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbaev,  
Department of Oncology  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** Leaf-shaped fibroadenoma is a kind of benign neoplasm that grows into sarcoma. We present a case from practice, a patient of with a diagnosis: the right fibular fibroadenoma of the right breast. A distinctive feature of this tumor is the giant size and the absence of malignancy.

**Key words:** Leaf-shaped fibroadenoma, phylloidal fibroadenoma of the mammary gland.

## ЭМЧЕК БЕЗИНИН ФИЛЛОДНЫЙ ФИБРОАДЕНОМАСЫ. КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ

Э.Т. Токтомушова, У.К. Саяков, М.Б. Орозалиев, А.К. Кылчыкбаев

**Кортунду:** Филлодная фиброаденома саркомага өтүшүп кетчү залалы жок шишик. Диагнозу: Оң эмчек безинин филлодная фиброаденомасы болгон бейтаптын окуясын маалымга салабыз. Бул шишиктин өзгөчөлүгү, абдан чоң размер жана залалы жок өсүш.

**Негизги сөздөр:** жалбырак сымал фиброаденома, филлодная фиброаденома

Рак является самым частым видом патологии молочных желез, однако в практической работе онколога встречаются и другие формы новообразований молочных желез. В первую очередь к ним относятся мезенхимальные новообразования, среди которых особое место занимает **листовидная опухоль**. Опухоль встречается редко, составляет 0,3-1 [1] всех заболеваний молочных желез и отличается клинико-морфологическим разнообразием. Это объясняет наличие в литературе противоречивых данных в отношении клинических проявлений опухолевого процесса, длительности и фазности роста, склонности к рецидивированию, морфогенеза опухоли и ее связи с фиброаденомами и саркомами молочных желез[1]. Фиброаденомой называют доброкачественную гормонозависимую опухоль, развивающуюся преимущественно из тканей молочной железы[2].

### Виды

Различают фиброаденомы двух видов: узловые и листовидные.

В свою очередь узловые новообразования подразделяют на:

- периканаликулярные;
- интраканаликулярные;
- смешанные.

**Филлодная (листовидная).** Листовидная фиброаденома, характеризующаяся чрезвычайной скоростью развития (отмечены случаи, когда опухоль достигала тридцати сантиметров в диаметре и весила десять кг), является единственным видом этого доброкачественного новообразования, способным перерасти в – саркому [2].

**Исторические данные.** Впервые как новая нозологическая форма листовидная опухоль была выделена в 1838 г. немецким исследователем Мюллером [3] с подробным ее описанием, поэтому до сих пор некоторые авторы называют эту опухоль его именем [4]. Признавая за ней все черты доброкачественного образования, Мюллер дал ей название “Cystosarcoma phyllodes”, учитывая наличие двух компонентов: кистозных полостей и фиброзной ткани, напоминающей таковую при саркоме и имеющей вид листа капусты на разрезе макропрепарата. Позднее под разными названиями описывались в основном единичные наблюдения, и только в 1951 г. американские патоморфологи Treves и Sunderland [5] положили начало современному периоду в изучении листовидных опухолей. На осно-

вании ретроспективного изучения собственного морфологического материала и клинко-морфологических сопоставлений 77 больных [5] авторы пытались выработать критерии доброкачественного, пограничного и злокачественного вариантов листовидных опухолей. Они отмечали, что такое деление осуществимо только на основании гистологических критериев [5].

В настоящий момент в иностранной литературе отдается предпочтение таким названиям, как гигантская фиброаденома и филлодная цистосаркома, в отечественной – листовидная опухоль. Это название происходит от слова *phyllon* – лист, отсюда правильнее называть листовидная или филлодная, а не листообразная или филлоидная опухоль [1].

**Этиология:** Точные причины развития фиброаденомы не выявлены по сей день. Есть ряд факторов, способных активизировать этот процесс: болезни щитовидной железы и эндокринной системы; наличие наследственной предрасположенности; процесс полового созревания; наступление беременности; частые аборт; физические и нервные перегрузки; влияние регулярных или сильных стрессов; патологические процессы в надпочечниках и яичниках; наличие ожирения и сахарного диабета; неправильный подбор оральных контрацептивов; неконтролируемый прием противозачаточных средств; травмирование молочной железы, а также тепловое воздействие на нее или неправильно выполняемый массаж; злоупотребление солярием и солнечными ваннами [2].

**Дифференциальными морфологическими признаками** листовидной опухоли и фиброаденом являются преобладание соединительнотканного компонента над эпителиальным в сочетании с выраженной клеточностью соединительнотканного компонента. Можно предположить, что изменение всех факторов, таких как соматотропный гормон, повышенное содержание эстрогенов, гормоны коры надпочечников, особенно кортизол, играющий роль в развитии фиброаденоматоза, может воздействовать на соединительную ткань молочной железы и провоцировать развитие листовидной опухоли [6].

**Патогенез** мнения ученых по поводу механизма развития заболевания расходятся, но, имеются теории: С.В. Ржаков [6] выдвинул теорию о патогенезе изменений в молочной железе, в которой на первом этапе гиперэстрогемия и повышение уровня глюкокортикоидов провоцируют появление фиброаденомы, в дальнейшем, при повышении концентрации соматотропного гормона с сохраненной секрецией глюкокортикоидов, возникают пролиферативные процессы в строме, приводящие к развитию листовидной опухоли. Патоморфолог А.Ф. Фикс в 1964 г. на основании морфологии 70 наблюдений пришел к выводу о потенциальной злокачественности листовидной опухоли и существовании единой морфогенетической цепи: фиброаденоматоз-фиброаденома-листовидная опухоль-саркома молочной железы [7].

**Клиника:** Течение заболевания имеет стадийность. Вначале, когда размеры образования небольшие, процесс протекает крайне скрыто, без явной клинической симптоматики. В течение весьма длительного промежутка времени опухоль может не расти. Однако под воздействием неблагоприятных факторов внезапно наступает резкий и быстрый рост опухоли. В этих случаях листовидная фиброаденома приобретает большие размеры (десятки сантиметров в диаметре). Механизмы малигнизации также неизвестны, причем размеры опухоли и риск озлокачествления не связаны между собой [8]. Коварство фиброаденомы состоит в ее полной безболезненности и отсутствии визуальных проявлений как в начале, так и в процессе дальнейшего развития. Боли и повышения температуры она не вызывает. Случайно обнаружить фиброаденому можно при само осмотре груди и при плановом врачебном осмотре.

Главным признаком уже достаточно большой фиброаденомы является наличие бугорка, который легко перемещается при помощи пальцев, однако при изменении положения тела его локализация не меняется.

Фиброаденома, расположенная поблизости от соска, характеризуется следующими признаками:

- появлением небольших трещинок и язвочек как на самом соске, так и поблизости от него;
- выделением прозрачной жидкости, не имеющей запаха;
- болезненностью прикосновения.

Специфическая симптоматика фиброаденомы, проявляющаяся при само осмотре груди, характеризуется:

- наличием круглого или овального уплотнения, имеющего эластичную плотную структуру с четкими границами;
- отсутствием боли при смещении обнаруженного бугорка или при надавливании на него;
- отсутствием изменений в состоянии кожных покровов (их структура, цвет и температура не отличаются от других участков кожи) [2].

**Диагностика:** Диагностируют опухоль путем осмотра, пальпации и инструментальных методов.

- Ультразвуковое исследование (УЗИ), Ультразвуковая доплерография (УЗДГ), Маммография,
- МРТ – безопасный метод, с помощью которого можно получить трехмерное изображение новообразований, уточнить их количество и связь с другими тканями. Поскольку здесь не используется вредное излучение, такое исследование можно проводить несколько раз, чтобы наблюдать за развитием опухоли и заметить рецидивы после лечения.
- Биопсия. С помощью специальных инструментов делается биопсия, то есть берется образец тканей опухоли или жидкости из кистозных полостей. После изучения строения клеток под микроскопом делается заключение о доброкачественном или злокачественном характере новообразования [9].

#### **Лечение. Методы хирургического удаления**

**Энуклеация (вылущивание).** Данный вид оперативного вмешательства проводится при небольших размерах опухоли и только при ее подтвержденной доброкачественной природе. Преимуществом метода является его малая травматичность, так как окружающие здоровые ткани не подвергаются воздействию. Кроме того, операция проводится под местным обезболиванием и не требует госпитализации пациентки.

**Секторальная резекция.** Он применяется в случаях, когда опухоль имеет большие размеры, не прощупывается, или имеются подозрения на ее злокачественное перерождение. В ходе операции производят два дугообразных разреза с обеих сторон от опухоли по ранее намеченным линиям, удаляют ткань фиброаденомы, а также ткани, прилежащие к опухоли в пределах 1-3 сантиметров. Во время оперативного вмешательства удаленные ткани подлежат срочному гистологическому исследованию. Если обнаруживаются признаки злокачественности – объем оперативного вмешательства расширяется вплоть до мастэктомии. Если при гистологическом исследовании диагноз фиброаденомы подтверждается – рану ушивают, накладывают внутренние рассасывающиеся и наружные косметические швы. Недостатком метода является возможная деформация молочной железы в послеоперационном периоде.

**Мастэктомия.** Удаление всей молочной железы.

#### **Клинический случай**

Больная С.А 1959 г.р. с клиническим диагнозом: Гигантская филоидная фиброаденома правой молочной железы.

Обратилась с жалобами, на наличие опухолевидного образования в правой молочной железе гигантских размеров, разрыв кожи молочной железы, со зловонным запахом.

При сборе анамнеза: Считает себя больной в течение 1 года, когда обнаружила образование в правой молочной железе. Неоднократно обращалась к врачам, было предложено хирургическое лечение, от чего она отказалась. Занималась самолечением (накладывала спиртовой компресс на место локализации опухоли). В течении последних 3-х месяцев отмечает резкое увеличение размеров опухоли, в следствии чего, площадь опухоли достигла 50,0x50,0x30,0 см в d. В дальнейшем в области опухоли произошел разрыв по длинику с последующим присоединением вторичной инфекции и с появлением очагов некроза. Общее состояние больной ухудшилось за счет воспалительного процесса и интоксикации (Наступила анемия, истощение организма близкое к кахексии. Была обследована онкологом на дому. Учитывая локальный статус (опухоль подвижная, по задней поверхности ограничена грудными мышцами. Подмышечные лимфоузлы не увеличены) больная была госпитализирована для стационарного лечения. После полного клинического обследования (-ОАК: гемм-61г/л, эр-2.86\*10/12л, лейко-24.1\*10/9л, СОЭ-32мм/час, общ. Белок 42.6 г/л -ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. ЧСС-63 в мин. Нормальное положение ЭОС. ВГВ-отр, ВГС-отр. УЗИ данные: Гепато-, спленомегалия. Асцит. Плеврит, отек ПЖК обеих нижних конечностей по типу лимфостаза) и проведения курса общеукрепляющей терапии произведено оперативное вмешательство в объеме – ампутация правой молочной железы. Дефект раны закрыт местными тканями (рис. 1-4).



Рис. №1. Вид сверху



Рис. 2. Вид справа



Рис. 3. Рана после удаления препарата.



Рис. 4. Дренирование полости.

Послеоперационный период протекал гладко. Рана зажила первичным натяжением. **Послеоперационная гистология:** Филлодная фиброаденома с дистрофическими изменениями, кровоизлияниями, некрозом с очагами пролиферативной активности, стромального компонента. Швы сняты на 20 день после операции.

**Выводы:** Таким образом, филлодная фиброаденома может расти до гигантских размеров и не озлокачивается, в то время как та же фиброаденома мелких размеров даст злокачественный рост. Для предупреждения озлокачествления необходимо проводить раннюю диагностику и улучшить информационную структуру.

#### Литература

1. Н.В. Кочергина, Г.П. Корженкова, В.Д. Ермилова, И.К. Воротников, Л.Н. Курдюкова, С.И. Притула, О.Г. Зиминая медицинская визуализация. Октябрь
2. GID -med.com науч. статья 2001 г. Е.Г. Пинкосович. стр. 4.
3. Муллер Ж.Ю *Feineren Bau und die Formen der krankhaften Geschwulste* // G. Reimer. Berlin, 1838.
4. Фикс А. *Cystosarcoma phyllodes of the mammary gland – Muller’s tumor* // *Virch. Arch.* 1981. V. 392. сmp. 1. - Лиш Б., Паск Ж. *Giant intracanalicular myxoma of the breast* // *Ann. Surg.* 1931. глава 93. сmp. 250.
5. Treves N., Sunderland D. *Cystosarcoma phyllodes of the breast: a malignant and benign tumor* // *Cancer.* 1951. V. 4. P. 1287
6. Ржаков С.В. Клинико-морфологическая характеристика и лечение фибр эпителиальных опухолей и сарком молочной железы: Дис. ... канд. мед. наук. Л., 1978
7. Фикс А.Ф. Листовидная опухоль молочной железы. (Патологическая анатомия и морфогенез): Дис. ... канд. мед. наук. Одесса, 1971.
8. Клиническая база кафедры пластической хирургии РНИМУ им. Пирогова
9. Методы современной диагностики при опухолевых образованиях молочной железы/клиническая база кафедры онкологии им. Пирогова. дис. раб. Рамиров А.Р.
10. Ржаков С.В. Клинико-морфологическая характеристика и лечение фибр эпителиальных опухолей и сарком молочной железы: Дис. канд. мед. наук. Л., 1978.

## ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ АНГИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ДИСЛОКАЦИИ И СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Ырысов Б.К., Мелисов Б.М., Пан К.А.,

научный руководитель –к.м.н. доцент Кадырова А.Э.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии.

### **Баш ооруганда интракраниалдык кан тамырлардын дислокация жана структурдук өзгөрүүлөрдү баа берүүсүндөгү магниттик резонанстык ангиографиянын мүмкүнчүлүктөрү**

Чыныгы изилдөөнүн максаты баш ооруганда интракраниалдык кан тамырлардын дислокация жана структурдук өзгөрүүлөрдү баа берүүсүндөгү магниттик резонанстык ангиографиянын мүмкүнчүлүктөрү болду.

Изилдөө «Superstar 0,35T» магниттик резонанстык томографта жүргүзүлгөн, «аркасы менен жаткан абалда», баштык катушка колдоосу менен. МР-ангиография (2D) режиминде аткарылган. Үч өлчөмдүү сүрөт түзүш үчүн постпроцессордук кайра иштетүү (MIP) колдонулган. МРАны контрасттык затсыз аткарылган, анткени кан аркылуу түзгөн ички контраст колдонулган.

Жумуш маалында бул максатка жетиш үчүн изилдөөнүн кийинки маселеси чечилип жаткан:

МРАнын маалыматтары боюнча башы ооруган оорулуулардын мээсинин артериалдык жана веноздук кан тамырларын анатомиялык түзүлүшүн изилдөө.

Өткөрүлгөн изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча мээнин магистралдык кан тамырлардын дислокация жана структурдук өзгөрүүлөрдү бааладык жана аныктадык:

- Мээнин магистралдык кан тамырлары көпчүлүк структурдук өзгөрүүлөрү жана дислокациясы көптөгөн индивидуалдык айырмаларды түзөт экен.
- Көңдөй баш сөөктөн веноздук кандын агылып чыгуу жолдору өзгөрүлгөнү, коллатералдык кан тамырлардык структураларын тартуу менен.
- Интракраниалдык кан тамырлардын ассиметриялык түзүлүшү, краниовертебралдык аймактын структураларынын жана түрткү берген баш сөөктүн ичиндеги дисциркулярдык бузулуштары веноздук энцефалопатиянын пайда болуусу менен, жана баш сөөктүн ичиндеги басымдын жогорулашы.

### **The possibilities of magnetic resonance angiography in the evaluation of dislocation and structural changes of intracranial vessels in headache.**

The main purpose of our research has become an examination of possibilities of magnetic-resonance angiography in the evaluation of dislocation and structural changes of intracranial vessels in headache.

The studies were conducted on magnetic-resonance imaging «Superstar 0,35T » in supine position using a head coil. Magnetic resonance angiography was conducted during the time-of-flight (2D) mode. To construct three-dimensional image we used post processing algorithm (MIP). MRA were conduct without injection any contrast agents, because of using own contrast made by blood flow.

To reach our main goals we set the following tasks:

According to results of MRA to study variations in anatomical structure of the arterial and venous blood circulation of the brain in patients with a headache.

According to the results of all the examinations we found out a dislocation and structural changes in the main cerebral vessels and set up:

- Most of the structural changes and dislocations in the main cerebral vessels have a wide range of individual differences.
- Alteration in outflow paths of venous blood from cranial cavity with the involvement collateral vascular structures.
- Asymmetrical structure of the intracranial vessels and craniovertebral structures and contributing to these intracranial discirculatorial diseases with progressing to venous encephalopathy and intracranial pressure increase.

В последние десятилетия хирургия, неврология и другие клинические специальности всё больше нуждаются в более точных сведениях об индивидуальной анатомической изменчивости живого человека, что делает актуальными исследования, проведенные методами прижизненной визуализации (Каган И.И., 2012).

Одним из основных критериев в диагностике патологических состояний является болевой синдром. Боль - это один из самых распространенных синдромов в клинической практике врача любой специальности. Ведущее место в проблеме боли принадлежит головным болям [42; 90], распространенность которых составляет более 70% среди населения. Педиатры считают, что цефалгиями страдают от 24 до 48% школьников, а А.В. Андреев (1995) с учетом латентных форм церебральных ангиодистоний повышает этот показатель до 80%, при этом автор подчеркивает, что основным меха-

низмом головной боли в детском возрасте является сосудистый. В целом любые сосудистые нарушения способствуют формированию болевого синдрома.

В 1884 г. П.И. Успенский считал одной из причин кровоизлияний в головной мозг затруднения венозного оттока. В структуре венозных дисциркуляций в головном мозге значительное место занимают состояния, связанные с механическими затруднениями оттока крови из полости черепа - они могут быть как интра- так и экстракраниальными.

В последние годы достигнуты значительные успехи не только в понимании механизмов функционирования венозной системы, но и в диагностике нарушений венозного оттока в нейрохирургии и неврологии (Цуладзе И.И., 1999; Папп М.О. с соавт., 2000; Семенов С.Е. с соавт., 2009; Шахнович А.Р., Шахнович В.А., 2009; Müller-Bühl U., 2010 и др.).

Доказанная роль нарушений венозного кровообращения в патогенезе вертебробазиллярной недостаточности и другой сосудистой патологии позволяет вносить коррекцию в проводимую терапию.

В последние годы в комплексе средств, которые используются для диагностики нарушения кровоснабжения головного мозга предпочтительными являются магнитно-резонансная ангиография (МРА).

Целью настоящего исследования явилось изучение возможности магнитно-резонансной ангиографии в оценке дислокации и структурных изменений интракраниальных сосудов при головной боли.

Исследование проводилось на магнитно-резонансном томографе «Superstar 0,35T» фирмы «Neosoft» в положении "лежа на спине", с использованием головной катушки. МР-ангиография выполнена во время-пролетном (2D) режиме. Для построения трехмерного изображения использовали алгоритм постпроцессорной обработки (MPR). МРА проводили без введения контрастного вещества, так как используется внутренний контраст, созданный кровотоком.

При МРА исследовании в исследуемый объем попадают основные интракраниальные артерии, составляющие виллизиев круг, глубокие вены, верхний сагиттальный, прямой синусы, место слияния синусов, а так же яремные вены.

Для достижения этой цели в процессе работы решались следующие задачи исследования:

1. По данным МРА изучить варианты анатомического строения артериального кровообращения головного мозга у пациентов с головной болью.
2. По данным МРА изучить варианты анатомического строения венозного кровообращения головного мозга у пациентов с головной болью.

Для решения поставленных задач в исследование было включено 150 пациентов с жалобами на головную боль. Методом рутинного МРА исследования сосудов головного мозга у пациентов с головной болью оценили дислокацию и структурные изменения магистральных сосудов головного мозга.

Применение программы постпроцессорной обработки позволяет наглядно представить результаты исследования.

По результатам проведенных исследований оценили дислокацию и структурные изменения магистральных сосудов головного мозга и установили:

- большинство структурных изменений и дислокация магистральных сосудов головного мозга имеют широкий диапазон индивидуальных различий.
- изменение путей оттока венозной крови из полости черепа, с вовлечением коллатеральных сосудистых структур.
- ассиметричное строение интракраниальных сосудов, структур краниовертебральной области и способствующие этому внутричерепные дисциркуляторные нарушения с формированием венозной энцефалопатии, и повышением внутричерепного давления.

Таким образом МРА является высокоинформативным методом исследования в оценке дислокации и структурных изменений магистральных сосудов головного мозга при головной боли.

#### **Литература:**

1. Акимов, Г.А. Сравнительная информативность критериев диагностики церебрального венозного застоя / Г.А. Акимов, О.А. Стыкан, Л.Ф. Антипенко и соавт. // Сосудистые заболевания нервной системы. – М., 1986. – С. 4-6.
2. Асратян, С.А. Особенности церебрального артериального и венозного кровообращения при хронических цереброваскулярных заболеваниях: Автореф. дис. . канд. мед. наук/ С.А. Асратян. – Иваново, 1999. – 21 с.
3. Бабенков, Н.В. Нарушения венозного кровообращения головного мозга. Современные аспекты диагностики и лечения: Дис. д-ра мед. наук // Н.В. Бабенков. М., 2000. - 266 с.
4. Тулунов А.А., Савельева Л.А., Горев В.Н. МРТ характеристики венозного оттока от головного мозга //

*Вестник НГУ.- 2009.- Т. 7.- Выпуск 3. С. 34140.*

5. *Савельева Л.А., Тулупов А.А. Особенности, венозного оттока от головного; мозга по данным магнитно-резонансной ангиографии // Вестник НГУ. - 2009. - Т. 7.- Выпуск 1. - С. 36-40.*

## **ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИДРОЦЕФАЛИИ (ГЦ) У ДЕТЕЙ С МЕТОДОМ МОДИФИКАЦИИ ШУНТА**

**Т.Н. Нурмухамедов, А.А. Сапарбеков, Г.Б. Исмаилова, А.М. Кусейинова**  
**Научный руководитель: к.м.н., доц. К.М. Мыкыев**  
Кафедра детской хирургии

**Сапарбеков Аманбек Алмабекович** – студент фак-та Педиатрия, 4 курс, 14 группа

**Актуальность:** Гидроцефалия является одним из самых распространенных нейрохирургических заболеваний у детей. Согласно статистическим исследованиям, врожденная гидроцефалия составляет 1-4 случая на 1000 родившихся детей. При выраженной гидроцефалии и прогрессировании процесса показано хирургическое лечение. Характер операции зависит от формы гидроцефалии и вызвавшей ее причины. Несмотря на совершенствование операций при гидроцефалии, процент послеоперационных осложнений, особенно в раннем детском возрасте достигает 40-70%.

**Цель и задачи:** изучить причины и оптимизировать метод лечения при гидроцефалии у детей.

**Материалы и методы:** нами изучены 41 детей с гидроцефалией, пролеченных в городской детской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) в 2009-2017г. Изучены общеклинические анализы, УЗИ внутренних органов, головного мозга, ЭХОГ, КТ, МРТ.

**Результаты и обсуждения:** В результате выявлено мальчики 20 (48,8%), девочки 21 (51,2%) случаев. В возрастном аспекте: до 1 года – 26 (63,4%), 2-6 лет 13(31,7%), 7-10лет 2 (4,9%) больных. Клинически у детей грудного возраста отмечалось: увеличение большого родничка, объема черепа у всех больных, а также выраженный венозный рисунок головы, отставание в психомоторном развитии. При нарастающей окклюзии у 7 (17,1%) детей наблюдался срыгивание, рвота, вялость, адинамия и истощение. У детей старшего возраста клинически прогрессирование симптомов внутричерепной гипертензии (головная боль, рвота, снижение зрения). У 51,3% больных отмечено симптом «заходящего солнца». После спинномозговой грыжи гидроцефалия наблюдался у 56,1%, после гнойно-воспалительных заболеваний 14,6%, врождённого генеза – у 29,3%. У 7больных в возрасте до 1 года УЗИ отмечено крайняя степень изменения, остается тонкая пластинка мозгового вещества. КТ и МРТ проведено у 36,6% больных. Установлены формы гидроцефалии: окклюзивно-прогрессирующая–30 (73,2%), смешанная 8(19,5%), резорбтивная – 4(9,7%), обтурационная – 2 (4,9%) больных. У ранее оперированных больных с гидроцефалией при динамическом наблюдении у 25,7% выявлено несостоятельность вентрикуло-перитонеального шунта, ухудшения клинических данных. Учитывая это в отделении нейрохирургии ГДКБ СМП усовершенствована метод вентрикуло-перитонеального шунтирования. Техника метода заключается, что при туннелизации дренажной трубки в брюшную полость проводится тройное прокалывание брюшины, краевая фиксация к брюшине. Осложнений в отдаленном периоде нет.

### **Выводы:**

1. Гидроцефалий у детей с врождёнными спинно-мозговыми грыжами (85,4%).
2. Усовершенствованный метод шунтирующих операций при ГЦ предотвращает осложнений.

### **Список литературы:**

1. *Бадалян, Л.О. Детская неврология / Л.О. Бадалян. - М.: Медицина. 1984. -576с.*
2. *Майтиков К.К. Сравнительная характеристика сроков и хирургических методов лечения спинномозговых грыж у детей: Автореф. дисс. канд. мед. наук/ К.К. Майтиков. Новосибирск. 1993. – 17 с.*
3. *Симерницкий Б.П. Лечение гидроцефалии у детей при помощи специальных дренажных систем.// Автореф. дис. докт. мед. наук. - 1989. – С. 36. 407.*
4. *Bondurant C.P., Jimenez D.F. Epidemiology of cerebrospinal fluid shunting. Pediatr Neurosurg. 1995; 23 (5):254-8; discussion 259.*
5. *Stein S.C., Feldman J.G., Apfel S., Kohl S.G., Casey G. The epidemiology of congenital hydrocephalus. A study in Brooklyn N. Y. 19681976. Child's Brain. 1981. – Vol. 8. - №4. – pp. 253-262.*

## **ВОЗМОЖНОСТИ МРТ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ОТТОКА**

**Пан К.А., Мелисов Б.М., Ырысов Б.К.**

**Научный руководитель:** зав. каф. лучевой диагностики и лучевой терапии, к.м.н., доцент Кадырова А.И.

**Пан Константин Александрович** – клинический ординатор 1 года обучения

Одним из основных критериев в диагностике патологических состояний является болевой синдром. Боль - это один из самых распространенных синдромов в клинической практике врача любой специальности. Ведущее место в проблеме боли принадлежит головным болям, распространенность которых составляет более 70% среди населения стран Европы и Америки. Педиатры считают, что цефалгиями страдают от 24 до 48% школьников, а А.В. Андреев (1995) с учетом латентных форм церебральных ангиодистоний повышает этот показатель до 80%, при этом автор подчеркивает, что основным механизмом головной боли в детском возрасте является сосудистый. В целом любые сосудистые нарушения способствуют формированию болевого синдрома.

В 1884 г. П.И. Успенский считал одной из причин кровоизлияний в головной мозг затруднения венозного оттока. В структуре венозных дисциркуляций в головном мозге значительное место занимают состояния, связанные с механическими затруднениями оттока крови из полости черепа - они могут быть как интра- так и экстракраниальными

В последние годы достигнуты значительные успехи не только в понимании механизмов функционирования венозной системы, но и в диагностике нарушений венозного оттока в нейрохирургии и неврологии (Цуладзе И.И., 1999; Папп М.О. с соавт., 2000; Семенов С.Е. с соавт., 2009; Шахнович А.Р., Шахнович В.А., 2009; Müller-Bühl U., 2010 и др.).

Доказанная роль нарушений венозного кровообращения в патогенезе вертебробазилярной недостаточности и другой сосудистой патологии позволяет вносить коррекцию в проводимую терапию.

В последние годы в комплексе средств, которые используются для диагностики нарушения кровоснабжения головного мозга предпочтительными являются магнитно-резонансная томография.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение возможности МРТ в диагностике нарушений интракраниального венозного оттока.

Для достижения этой цели в процессе работы решались следующие задачи исследования:

1. По данным МРТ изучить варианты анатомического строения артериального кровообращения головного мозга.
2. По данным МРТ изучить варианты анатомического строения венозного кровообращения головного мозга.

Методом рутинного МРТ исследования кровоснабжения головного мозга у больных с головной болью установлено, что при отсутствии структурных нарушений артериального кровообращения определялись структурные нарушения венозного кровообращения.

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА**

**Саматбекова Н.С., Акунова И.Т., науч. руководитель – к.м.н., доцент Саяков У.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра онкологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Саматбекова Н.С.** – студентка 5 курса лечебного факультета, e-mail: [asamatbekova@bk.ru](mailto:asamatbekova@bk.ru)

В отделении опухолей кишечника НЦОиГ за период с 2016 по 2017 года пролечилось 321 больных с колоректальным раком. Из них у 60 пациентов (18,9%) наблюдались различные виды осложнений, требующие срочные хирургические вмешательства. Анализ результатов показал, что в проксимальных отделах толстого кишечника наиболее часто встречаются такие осложнения, как кишечное кровотечение и перифокальный воспалительный процесс, а в дистальных отделах – обтурационная кишечная непроходимость. Всем больным были проведены срочные оперативные вмешательства: 45 больным (75%) радикальная операция, 15 пациентам (25%) – симптоматическое вмешательство. Из радикально оперированных у 20 больных (44,4%) операции закончились резекцией пораженного участка толстого кишечника с формированием межкишечных анастомозов, у 25 больных (55,6%) операция была выполнена в виде обструктивной резекции. При анализе результатов исследования, в группе больных, оперированных с резекцией кишечника с формированием межкишечных

анастомозов, было выявлено наличие 2 случаев несостоятельности швов анастомоза. Летальных исходов не было.

**Литература:**

1. Александров Н.Н., Лыткин М.И., Петров В.П. и др. Неотложная хирургия при раке толстой кишки. Минск: Бела русь, 1980. С. 18-27.
2. Петров В.П., Лазарев Г.В., Китаев А.В. и др. Современные подходы к хирургическому лечению колоректального рака / В сб.: Проблемы колопроктологии. М., 2002. Вып. 18. С. 329-394.
3. 8. Яковец Ю.И., Борота А.В., Золотухин С.Э. Тактика хирургического лечения осложненных форм рака толстой кишки. Матер 1 съезда онкологов стран СНГ. Москва, 1996: 369.
4. Воробьев Г.И., Одарюк Т.С. Выбор объема и метода операции при кишечной непроходимости. Клиническая оперативная колопроктология. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1994. С. 35-43.

## **НЕСОВЕРШЕННЫЙ ОСТЕОГЕНЕЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Э.М. Субанбеков, А.С. Сарсебеков, Ж.Х. Бектемиров.**

Кафедра травматологии и ортопедии КГМА им. И.К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Сарсебеков А.С.** – студент 5 курса леч. Фак-тф КГМА им. И.К. Ахунбаева

**Резюме:** Несовершенный остеогенез характеризуется повышенной ломкостью костей наследственного характера с широким спектром клинических проявлений – от перинатально-летальной формы и тяжелых деформаций костей, до самых легких типов течения. В большинстве случаев заболевание развивается вследствие аутосомно-доминантной патологии, вызвано мутацией в генах которых выявляются 90 % случаев, но 10% вызвано другими редкими мутациями коллагена I типа. В настоящее время частота возникновения несовершенного остеогенеза в мире (6-7:100 000) как и распространенность, варьирует в зависимости от типа заболевания, а также в связи с перинатальной смертностью младенцев. В Кыргызской Республике имеет место обращение не менее 168 случаев, но точные статистические данные и вычисления не проводились. Из-за малой информированности, врачей общей практики о заболевании несвоевременно диагностируются, либо их отправляют на консультацию с диагнозом рахита или раннего остеопороза, что приводит к инвалидизации пациента, что в некоторых случаях приводит к летальному исходу. Вследствие чего врачам общей практики необходимо знать о ранних, современных клинико-диагностических методов заболевания.

**Ключевые слова:** несовершенный остеогенез, врач общей практики, травматология и ортопедия.

**Материалы исследования:** статистические данные о заболевании из Всемирной организации здравоохранения, результаты исследования зарубежных литературных данных.

## **ЖАЛПЫ ПРАКТИКАДАГЫ ДАРЫГЕРЛЕРДИН ПРАКТИКАСЫНДАГЫ АЯГЫНА ЧЫКПАГАН ОСТЕОГЕНЕЗ**

**Э.М. Субанбеков, А.С. Сарсебеков, Ж.Х. Бектемиров.**

И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын травматология жана ортопедия кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Аягына чыкпаган остеогенез перинаталдык-леталдык түрүнөн тартып, сөөктөрдүн оор деформациясынан оорунун эң жеңил өткөн түрүнө чейинки кези тармактагы клиникалык белгилерге ээ болгон сөөктүн тукумкуума мүнөздөгү жогорку морттугу менен мүнөздөлөт. Көпчүлүк учурда оорулар аутосомдук-доминанттык патологиянын негизинде өрчүйт, анын ичинде 90% учурда гендик мутацияларга байланыштуу, 10% учурда I типтеги коллагендин сейрек кездешүүчү мутацияларынын эсебинен пайда болот. Бүгүнкү күндө дүйнө жүзү боюнча аягына чыкпаган остеогенездин пайда болуу жыштыгы (6-7:100 000) таралуусу сыяктуу эле оорунун тибине көзкаранды, мындан тышкары ымыркайлардын перинаталдык өлүмүнө байланыштуу өзгөрөт. Кыргыз Республикасында 168ден кем эмес кайрылуу бар, бирок так статистикалык маалыматтар изилдөөгө алынган эмес. Жалпы практикадагы дарыгерлердин оору тууралуу маалыматтары аз болгондуктан, өз убагында диагноз коюлбайт же аларды итти жана баштапкы остеопороз диагнозу менен дарыгерлердин кешберүүлөрүнө жөнөтүшөт, булл бейтаптын майыптыгына, кээде өлүмүнө алып келет. Мындан улам жалпы практикадагы дарыгерлер ооруну клиникалык аныктоонун мурунку жана заманбап ыкмалары тууралуу билүүгө тийиш.

**Негизги сөздөр:** аягына чыкпаган остеогенез, жалпы практикадагы дарыгерлер, травматология жана ортопедия.

## IMPERFECT OSTEOGENESIS IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS

E.M. Subanbekov, A.S. Sarsebekov, Z.K. Bektemirov.

Department of Traumatology and Orthopedics of KSMA named after. I.K. Akhunbayev  
Bishkek city, Kyrgyz Republic

**Summary:** Imperfect osteogenesis is characterized by hereditary increased brittleness of bones with a wide spectrum of clinical manifestations - from perinatal-lethal form and severe deformations of bones to the lightest cases. In most cases, the disease develops due to autosomal dominant pathology, caused by a mutation in the genes of which 90% of cases are detected, but 10% is caused by other rare mutations of first type collagen. Currently, the incidence of imperfect osteogenesis in the world (6-7: 100,000), like prevalence, varies depending on the type of disease, as well as the perinatal mortality of infants. And about 168 cases of this pathology are also registered in the Kyrgyz Republic. Because of low awareness, the disease is untimely diagnosed or they are sent for consultation with a diagnosis of rickets or early osteoporosis, which leads to disability of the patient, which in some cases leads to death. As a result, general practitioners need to be aware of early, modern clinical and diagnostic methods of the disease.

**Keywords:** Imperfect osteogenesis, general practitioners, traumatology and orthopedics

Сайты: <http://www.osteogenez.ru/oi.html>

<http://www.who.int/ru/...https://diseases.medelement.com/disease/...>

## A RESEARCH REPORT ON QUALITY OF LIFE OF STUDENTS WITH PREVIOUS TRAUMATIC INJURY

Authored by Farhan UI Hoda, Joy Guharay

Guided by Prof. Guliya Kojakmatova, Dr. Taalai Tyrgotov

International Higher school of medicine, Bishkek, the Kyrgyz Republic

### INTRODUCTION

Quality of life is a multidimensional construct that includes physical, mental, and social domains.

As medical and public health advances have led to cures and better treatments of existing diseases and delayed mortality, it was logical that those who measure health outcomes would begin to assess the population's health not only on the basis of saving lives, but also in terms of improving the quality of lives.

Especially the patients who received treatment from traumatology and orthopaedics for their trauma and injury, many were medically treated but their quality of life was decreased. So we decided to do a research to assess the quality of life of students who suffered from previous traumatic injury.

► We measured the quality of life is measured under 4 categories

► 1. Physical activity

► 2. Psychological activity

► 3. Social activity

► 4. School life / university performance

### METHOD OF OUR RESEARCH (QUESTIONNAIRE)

► **PHYSICAL ACTIVITY**-: includes following questions that we must ask from the person :

1) Does it hurt when you do exercise or play?

2) Does this pain gets worse even when you are resting?

### UNIVERSITY / SCHOOL PERFORMANCE:-

1) Does previous injury affects your performance in school / university ??

► **PYSCHOLOGICAL ACTIVITY**:- includes following questions that we must ask from the person :

1) Are you extra-sensitive regarding the area of your injury

2) DOES it feel that its still not heal.

► **SOCIAL ACTIVITY**:-

includes following questions:

1) Do you face any discrimination in society due to your previous injury ??

2) Do you feel equal to another healthy person ??

SO finally there are total 7 questions that we should ask...and we have to take all the RESPONSE in score which is known as SEVERITY SCORE which goes like this:

0 – Never Problem

1 – Mild Problem (OR SOMETIMES A PROBLEM)

2 – Moderate problem (ALMOST EVERYTIME A PROBLEM)

3 – Severe problem (EVERYTIME A PROBLEM)

**SAMPLE CASE**

- Patient name:- Joy Guharay
- Age:- 21 years
- Trauma at the age of:- 17 years
- Cause of trauma:- Vehicular trauma
- Trauma site:- Displaced right femur middle 1/3<sup>rd</sup> fracture.
- Treatment:- Bone fragments are first repositioned (reduced) into their normal alignment. They are held together with special screws and metal plates attached to the outer surface of the bone.

**ANSWERS TO THE QUESTIONNARE PHYSICAL ACTIVITY**

- 1) Does it hurt when you do exercise or play??  
 Ans) 0
- 1) Does this pain gets worse even when you are resting??  
 Ans) 0

**PYSCHOLOGICAL ACTIVITY**

- 1) Are you extra-sensitive regarding the area of your injury.  
 Ans) 3
- 1) DOES it feel that its still not heal??  
 Ans) 3

**SOCIAL ACTIVITY**

- 1) Do you face any discrimination in society due to your previous TRAUMA??  
 Ans) 1
- 2) Do you feel equal to another healthy person??  
 Ans) 0

**UNIVERSITY / SCHOOL PERFORMANCE**

- 1) Does previous injury affects your performance in school / university??  
 Ans) 0

**RESEARCH DATA**

**PHYSICAL ACTIVITY: THIS CHART SHOWS HOW THE PERSON FEELS PHYSICAL PAIN AFTER STERNOUS ACTIVITY AND EVEN AT REST.**

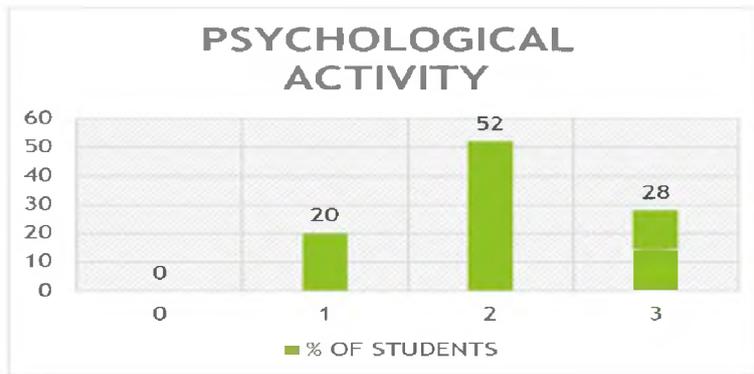
**PATIENTS DATA ABOUT FEELING PAIN AT THE TRAUMA SITE AFTER STERNOUS EXERCISE AND PLAYING.**



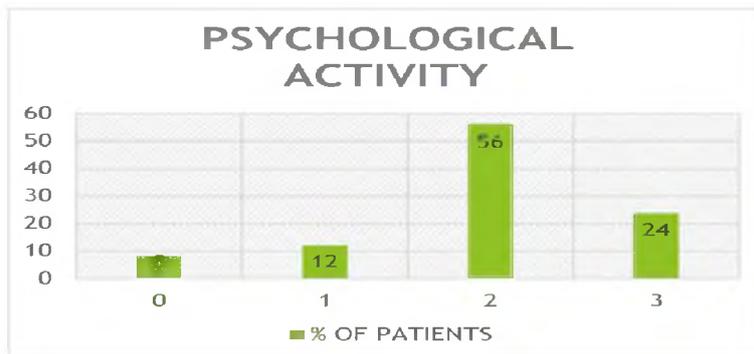
**PATIENTS DATA ABOUT FEELING PAIN AT THE TRAUMA SITE EVEN AT REST**

**Psychological Activity: This Chart Shows How The Person Feels About The Previous Trauma Psychologically.**

**Patients Data About Being Extra-sensitive Regarding The Area Of Your Injury**



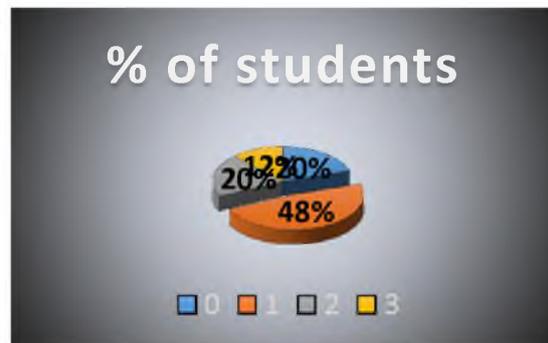
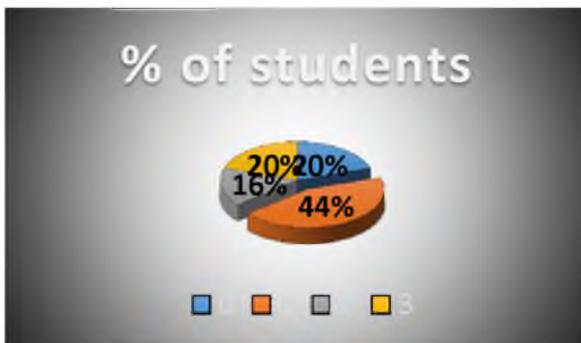
Patients Data About Feeling That The Injury Is Still Not Healed



Social Activity: This Chart Shows How The Person Feels Cope Up With Day To Day Social Interac-

tion

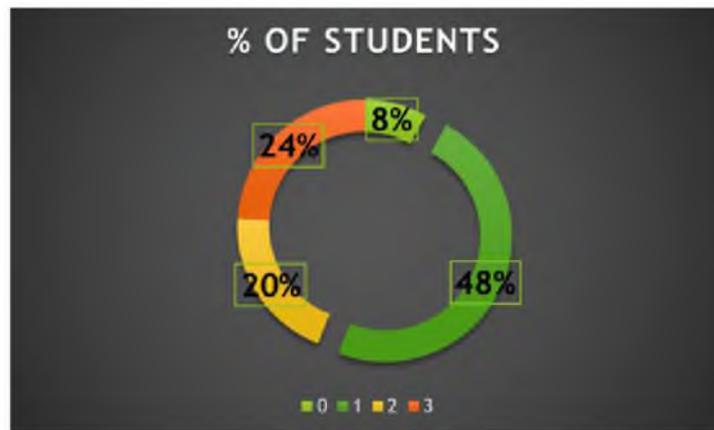
Patients Data About being socially discriminated in any way due to previous trauma



Patients Data About Feeling As An Equal Individual Compared To Others

University/School Performance: This Chart Shows How The Person Is Performing In School/University After Their Previous Trauma.

Patients Data About School/University Performance.



### **Conclusion/**

1. According to the research data majority of students with previous traumatic injuries, have a psychological and social problems even after the injury is healed.
2. Even as our research was based on medical students in this majority of people know that physically they are completely healed but still if we access their answers psychologically they think that it is still not healed and they are always extra sensitive about injured area
3. As our data reveals 52% of all patients say that they are psychologically extra sensitive and extra careful about the location of previous trauma.
4. 56% of all patients psychologically think that their trauma is still not healed but if we access the physical quality of life 52% of those patients are not having any problems even after strenuous exercise.
5. This shows that the psychological parameter of quality of life is deficient i.e patients are still under a psychological trauma which is due to the physical trauma.
6. The social parameter of quality of life shows that 44% of our patients are facing some kind of discrimination from society, due to this we can see that 48% of patients think that due to the trauma they are not equal to any other individual.
7. Socially as our research data shows there are many patients who have described being discriminated by "name callings" and "being left out during any hard work"
8. As for university performance, many of our students have reported disturbance in their university and school performance due to their trauma.
9. A whopping 48% of students have reported about sometimes facing a problem during performing at university/school.
10. At last we conclude through our research that students who had a previous traumatic incident in their life are having a psychological deficit in quality of their life, also due to social discrimination they have the psychological disturbance which disturbs their university/school performance also they develop the feeling of being unequal from the rest of the healthy population.

## SOLUTIONS TO IMPROVE QUALITY OF LIFE OF STUDENTS WITH PREVIOUS TRAUMATIC INJURY.

### STEP 1

- **ASSESS YOUR PROBLEM**
- Important thing will be to be psychologically strong and confident, and facing the discrimination with confidence.

### STEP 2

- Education is the key as we can thoroughly educate the students with post traumatic healing and how fast they heal, and details about this post traumatic stress
- education will give confidence to the students about the injury, and they will get psychologically strong, which will help them to face the discrimination.

### STEP 3

- And finally for the patients who are psychologically totally devastated we recommend them to get full time **PSYCHOTHERAPY**, to increase their confidence and coping ability.

### **ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ТИПА**

**Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Тургумбекова Р.Э., Эсенгелдиева Н.М.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,  
(Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии)  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Для профилактики осложнений СД 2-типа необходимо достижение нормогликемии за счет оптимизации лечения. Одним из них является внедрение новых поколений лекарств, например, ингибитора дипептидилпептидазы-4 в комбинированной терапии, который имеет ряд преимуществ. В статье приведен собственный клинический опыт применения ингибитора дипептидилпептидазы-4 в комбинированной терапии СД 2.

**Ключевые слова:** сахарный диабет 2-типа, ингибитор дипептидилпептидазы-4, метформин.

### **2-ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИН ОПТИМАЛДУУ ДАРЫЛОО МУМКУНЧУЛУКТОРУ**

**Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Тургумбекова Р.Э., Эсенгелдиева Н.М.,**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
(Эндокринология курсу менен ички оорулардын пропедевтика кафедрасы)

**Кыскача жыйынтык:** 2-типтеги кант диабетин кабылдоолорун алдын алууда дарылоону оптималдаштыруу аркылуу нормогликемияга жетуу керек. Алардын бири жаны муундагы артыкчылыктары бар дипептидилпептидаза-4 ингибиторун дарылоодо колдонуу. Илимий макалада дипептидилпептидаза-4 ингибиторунун 2-типтеги кант диабетин дарылоодогу жеке клиникалык тажрыйба келтирилген.

**Негизги сөздөр:** 2-тип кант диабетин, дипептидилпептидаза-4 ингибитору, метформин.

### **OPTIMIZATION OPPORTUNITIES OF TREATMENT OF DIABETES MELLITUS 2**

**Moldobaeva M.S., Vinogradova A.V., Turgumbekova R.E., Esengeldieva N.M.,**

Kyrgyz State Medical Academy by I.K. Akhunbaev,  
(Department of propaedeutics of internal diseases with the course of endocrinology)  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Abstract:** To prevent complications of type 2 diabetes, it is necessary to achieve normoglycemia by optimizing treatment. One of them is the introduction of new generations of drugs, for example, an inhibitor of dipeptidyl peptidase-4 in combination therapy, which has a number of advantages. The article presents own clinical experience of the use of dipeptidyl peptidase-4 inhibitor in combination therapy of diabetes mellitus.

**Key words:** diabetes mellitus 2-type, inhibitor of dipeptidyl peptidase-4, metformin.

**Актуальность.** Пациенты с СД относятся к группе с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений [1,2,3]. Профилактика осложнений СД из-за поражений сосудов обеспечивается достижением нормогликемии. Высокие риски осложнений, наряду с изменением образа жизни, требуют непрерывного приема сахароснижающих препаратов и интенсификации терапии. Актуальность разработки поколений лекарств, позволяющих не только устранить метаболические нарушения, но и сохранить активность клеток поджелудочной железы и стимулировать секрецию инсулина [4] позволили применить инкретины (агонисты рецепторов глюкокагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) и ингибиторы дипептидилпептидазы -4 (иДПП-4), как один из эффективных вариантов лечения СД 2-типа. В отличие от агонистов ГПП-1 рецепторов, ингибиторы ДПП-4 не влияют ни на скорость опорожнения желудка, в сочетании с метформином снижает вес у тучных больных СД2. Подавление активности ДПП-4 повышает концентрацию инкретинов, в первую очередь, ГПП-1 в кишечнике в течение суток в ответ на приём пищи. При нормальном и повышенном уровне глюкозы крови инкретины способствуют увеличению синтеза и секреции инсулина и снижают секрецию глюкокагона, что нормализует гликемию. В организме человека концентрация инкретинов существует только несколько минут. В дальнейшем, эти гормоны расщепляются ферментами. Ингибировать или, проще говоря, блокировать данные ферменты и является задачей глиптинов. Таким образом, продлевается действие инкретинов. В настоящее время известны следующие виды глиптинов: вилдаглип-

тин, ситаглиптин, саксаглиптин, линаглиптин, алоглиптин. Глиптины применяются довольно широко, в Кыргызстане они появились в течение последних 2-х лет. В нашей стране ситаглиптин представлен в виде препарата «SITAMet 50mg/1000mg» (Ситамет 50/1000 мг в таблетках, CCL Pharmaceuticals Ltd). Сравнительное рандомизированное исследование его биоэквивалентности референсному Янумету 50/1000 мг в таблетках (Merk Sharp and Dohme Ltd) у 24 пациентов СД 2 в течение 21 дня показало, что фармакокинетические показатели ( $C_{max}$ ,  $AUC_{0-t}$  and  $AUC_{0-inf}$ ) между тестируемым препаратом и референсным продуктом были биоэквивалентными [5].

Нами была изучена эффективность и безопасность препарата «SITAMet 50mg/1000mg» компании «CCL Pharmaceuticals LTD» у больных СД 2-типа.

**Материалы и методы:** Обследованы 28 больных СД 2: 1-группа -18 больных СД 2-типа (средний возраст:  $57 \pm 0,26$  лет, м-5, ж-13), получивших «SITAMet 50mg/1000mg» 2 раза в день. 2-группа – 10 больных СД 2-типа (средний возраст:  $55 \pm 1,81$  лет, м-4, ж-6), получивших Метформин 1000 мг + Глимепирид 2мг 2 раза в день, продолжительность наблюдения 9-10 дней.

**Собственные результаты:** при анализе динамики колебаний глюкозы крови больных СД 2 типа выявлено, что уровень глюкозы крови (ммоль/л) через 9-10 дней лечения в 1 и 2 группах достоверно снизилась (см. диагр. 1), но в 1-группе выявлено снижение уровня гликемии на 50% ( $15,65 \pm 0,43$  ммоль/л- $7,86 \pm 0,3$  ммоль/л), а во 2-группе на 35% т.е. препарат «SITAMet 50 mg/1000 mg» оказался эффективнее на 15% сочетания Метформин 1000 мг + Глимепирид 2 мг Побочных эффектов в виде гипогликемии и непереносимости не было.

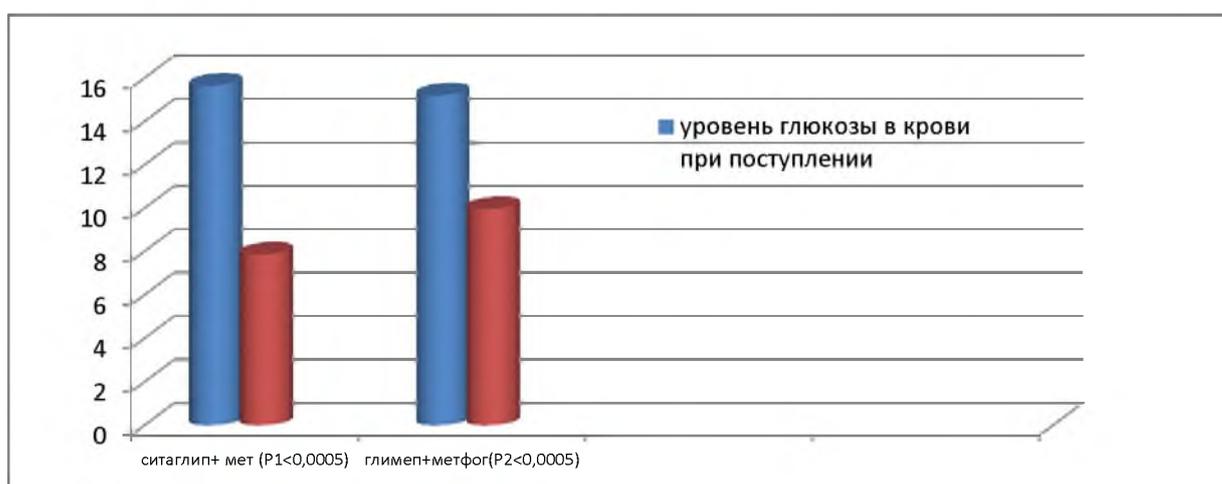


Рис. 1. Динамика колебания уровней глюкозы крови больных СД 2 типа при лечении Ситаглиптином 50 мг + Метформин 1000 мг и Метформин 1000 мг + Глимепиридом 2 мг.

**Заключение:** Препарат «SITAMet 50 mg/1000 mg» оказался эффективнее на 15% сочетания Метформин 1000 мг + Глимепирид 2 мг.

Побочных эффектов при применении препарата «SITAMet 50 mg/1000 mg» в виде гипогликемии и непереносимости не было.

Стоимость (в сомах) «SITAMet 50 mg/1000 mg» ниже стоимости сочетания Метформин 1000 мг + Глимепирид 2 мг.

Учитывая эффективность, безопасность и простоту назначения сочетания иДПП-4+метформина в одной таблетке и его низкую стоимость (чем метформин и глимепирид отдельно), препарат «SITAMet 50 mg/1000 mg» рекомендуется в практику лечения СД 2-типа не только эндокринологу, но и врачу терапевту.

### Литература

1. Бубнова, М.Г. Ключевые положения новых европейских рекомендаций по управлению дислипидемиями и комментарии / М.Г. Бубнова. - // Медицинский совет, 2016. - №19.
2. Catapano, A.L. Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European / AL Catapano, I. Graham, G. De Backer, O. Wiklund, M.J. Chapman, H. Drexel, A.W. Hoes, S. Catriona Jennings, Ulf Landmesser, T.R. Pedersen, Z. Reiner, G. Riccardi, M-R. Taskinen, L. Tokgozoghlu, MWM. Verschuren, Ch. Vlachopoulos, DA Wood, JL Zamorano Society of

*Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur Heart J, 2016.-37.-P. 2999-3058. doi:10.1093/eurheartj/ehw272.*

3. Townsend, N, *Cardiovascular disease in Europe epidemiological update 2015 / N Townsend, M. Nichols, P. Scarborough, M. Rayner // Eur Heart J., 2015.- 36.-P. 2696-705.*
4. Stratton, I. et al. *Association of Glycaemia with Macrovascular and Microvascular Complications of Type 2 Diabetes (UKPDS 35): Prospective Observational Study // BMJ, 2000.-321.-P. 405-412.*
5. *РКИ по изучению биоэквивалентности (Отчет компании CCL Pharmaceuticals Ltd). - 200 с.*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ЛЕПТОСПИРОЗА**

**Н.В. Фесенко, А.А. Абдубалиева**

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева  
Кафедра Инфекционных болезней  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** На примере клинического случая продемонстрирована возможность диагностики безжелтушной формы лептоспироза. Диагностика лептоспироза зависит от тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, более углубленного анализа клинических симптомов, учитывая, что болезнь не всегда имеет типичную картину, внедрения современных методов диагностики (иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция).

**Ключевые слова:** лептоспироз, клиническая картина, диагностика, антитела

## **ЛЕПТОСПИРОЗДУН САРЫКСЫЗ ФОРМАСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ**

**Н.В. Фесенко, А.А. Абдубалиева**

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

**Корутунду:** Изилдөө максаты – клиникалык окуя менен сарыксыз лептоспирозду дианостикалоо мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү. Лептоспироздун диагностикасы эпидемиологиялык тарыхты толук чогултуудан, типтүү эмес клиникалык симптомторду терең изилдөөдөн жана заманбап диагностика методунан (Иммуноферменттик анализ, полимераздуу чынжыр жообу) көз каранды.

**Негизги сөздөр:** лептоспироз, клиникалык сүрөттөө, оорунун динамикасы, диагностика, антителдер.

## **CLINICAL CASE OF UNICTERIC FORM OF LEPTOSPIROSIS**

**N.V. Fesenko, A.A. Abdubalieva**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
Department of Infectious diseases  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Abstract:** On the example of a clinical case was demonstrated the possibility of diagnosing an icteric form. The Diagnosis of leptospirosis depends on depth analysis of clinical symptoms, which not always have a typical picture and modern diagnostic methods: enzyme immunoassay, polymerase chain reaction

**Keys words:** leptospirosis, clinical picture, disease dynamics, diagnostics, antibodies

Лептоспироз – острая зоонозная природно-очаговая инфекционная болезнь с преимущественно водным путем передачи возбудителя, характеризующаяся выраженной интоксикацией и поражением со стороны печени, почек и сосудов. Лептоспироз включен Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в категорию наиболее тяжелых и широко распространенных зоонозных инфекций. По данным ВОЗ, от этого заболевания погибают от 30 до 35% зараженных им людей. Заболеваемость в РФ регистрируется во всех климатогеографических зонах и составляет 0,43-1,72 на 100 тыс. населения. [1,3]

С 2000 г в Кыргызской Республике нет официальной регистрации лептоспироза. Но официальное отсутствие заболеваемости не является отражением фактического состояния заболеваемости, так как очаги с резервуарами инфекции продолжают существовать и действовать. По-видимому, лептоспирозы нередко пополняют статистику иных инфекционных болезней со сходной клиникой, создавая ложное впечатление эпидемического благополучия. Отсутствие современных лабораторных

методов диагностики в республике, а также низкая эпидемиологическая настороженность практических врачей в отношении лептоспироза приводит к гиподиагностике этого заболевания.

Тяжелое течение лептоспироза с частыми осложнениями (септический шок, острое повреждение почек, острая почечно-печеночная недостаточность, тромбгеморрагический синдром) и высокой летальностью определяют актуальность данной проблемы. [4,5] Кроме того, большой процент ошибочных диагнозов из-за многообразия клинических проявлений и низкой информированности врачей приводят к несвоевременной и неадекватной терапии лептоспироза.

Поэтому **целью** настоящего исследования является разбор клинического случая безжелтушной формы лептоспироза для оценки критериев ранней диагностики.

**Материалы и методы исследования:** Приводим собственные наблюдения за безжелтушной формой лептоспироза у больного, госпитализированного в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в 2017 г.

#### **Результаты и их обсуждение:**

Согласно клинико-патогенетической классификации лептоспироза выделяют 2 основные формы течения: желтушную и безжелтушную, а также ведущие синдромы: ренальный, гепаторенальный, менингеальный, геморрагический. Безжелтушная форма может встречаться в 35-50% случаев. У больных безжелтушной формой лептоспироза отмечается острое начало заболевания с непродолжительной лихорадкой, развитием острой почечной недостаточности (56,3%), поражением дыхательных путей (31,3%), мышечным болевым синдромом (18,8%). Менингеальный синдром и экзантема определяются лишь у 6,3% больных. Большинство случаев безжелтушной формы лептоспироза этиологически связано с *L. Grippotyphosa*. [6]

Таким образом, лептоспироз не всегда имеет типичную клиническую картину. На примере данного клинического случая рассмотрены объективные трудности диагностики безжелтушной формы лептоспироза и некоторые аспекты дифференциальной диагностики.

Больной Б., 78 лет, поступил в Республиканскую клиническую инфекционную больницу 08.06.17. в 00:20 с направительным диагнозом «Менингит». При поступлении жаловался на слабость, повышение температуры тела до 39 градусов, боли в области затылка, высыпания по всему телу.

Считает себя больным с 02.06.2017, когда повысилась температура тела, появилась головная боль. За медицинской помощью не обращался. 06.06.2017 г. состояние ухудшилось: общая слабость, высокая температура тела до 39 С градусов, появились высыпания на теле на 4-й день заболевания: сначала на туловище, затем на конечностях. Усилились головные боли, появились боли в поясничной области, в суставах и мышцах нижних конечностей. В связи с ухудшением состояния тела 08.06.2017 каретой скорой помощи был доставлен в РКИБ. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что проживает в Аламудунском районе, село Гроздь, контакта с инфекционными больными не было, домашний скот не содержит. Известно, что страдает гипертонической болезнью 3 степени, атеросклерозом коронарных сосудов, имеет пахово-мошоночную грыжу.

Состояние больного при поступлении расценивалось как средней тяжести, температура тела 38,2 С. Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные, правильного телосложения, нормального питания. По всему телу на кожных покровах туловища пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая полости рта обычной окраски. Зев гиперемирован, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 108 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Дыхание через нос свободное, в легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 1-2 см ниже правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Диурез снижен. Стул оформлен, регулярный.

Результаты клинического осмотра позволили первоначально предположить наличие у пациента энтеровирусной инфекции с пневмонией. Были проведены следующие исследования: общий анализ крови от 08.06.2017г: гемоглобин - 137 г/л, эритроциты-4,26 x10<sup>12</sup>/л, цветовой показатель - 0,96, тромбоциты -199 x10<sup>9</sup>/л, лейкоциты - 8,5x10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 81%, лимфоциты - 10%, моноциты - 5%, скорость оседания эритроцитов – 6 мм/час. Общий анализ мочи от 09.06.2017: цвет-соломенно-желтый, прозрачность-прозрачный, протеинурия – 0,33 г/л, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты - 50-60 в п.з., эритроциты – 20-30 в п.з., цилиндры – 5 в п.з., соли - мочевой кислоты, бактерии +. Биохимическое исследование крови от 9.08.17: общий билирубин - 16,6 мкмоль/л, прямой - 8,1 мкмоль/л, непрямой - 8,5 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза - 129 UI/л, аланинаминотрансфераза - 141 UI/л, глюкоза - 5,31 ммоль/л, креатинин - 180,8 мкмоль/л. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 9.06.17 г выявлены признаки бронхита.

После полученных лабораторных данных, диагноз «пневмония» был исключен. Однако учитывая, продолжающуюся лихорадку, интоксикацию, наличие пятнисто-папулезной сыпи, боли в икроножных мышцах, повышение активности аминотрансфераз и креатинина, больному были проведены дополнительные методы исследования для исключения тифо-паратифозных заболеваний, малярии, бруцеллеза, псевдотуберкулеза, вирусного гепатита. В динамике из лабораторных данных имеет место нарастание активности аминотрансфераз (от 12.06 аспартатаминотрансфераза - 231 МЕ/л, аланинаминотрансфераза - 302 МЕ/л) при нормальном количестве общего билирубина 14 мкмоль/л. Результат на гемокультуру (от 09.06.17г) отрицательный. ИФА на маркеры вирусных гепатитов (от 12.06.17 г) отрицательные. Реакция Райта и Хеддельсона (от 09.06.17) отрицательные.

В период наблюдения состояние больного без положительной динамики: лихорадка держалась на высоких цифрах с повторными волнами на 9 день заболевания с сохраняющимися симптомами интоксикации: выраженные головные боли, снижение аппетита, тошнота, рвота. Сохранился кожный синдром в виде пятнисто-папулезной сыпи, спонтанные боли в мышцах нижних конечностей, поясницы. В связи с этим более тщательно был уточнен анамнез. Выяснилось, что больной Б., периодически пользуется арычной водой для бытовых нужд. Перед заболеванием занимался благоустройством арычной системы. Содержит собаку.

На этом основании с учетом эпидемиологического анамнеза, летней сезонности, клинических проявлений (лихорадки, экзантемы, миалгии, гепатомегалии, снижение диуреза), а также результатов лабораторных данных, указывающих на поражение печени и почек (повышение уровня трасаминаз, креатинина) было высказано предположение о лептоспирозе. Результат реакции прямой гемагглютинации с лептоспирозным антигеном в 1 сыворотке был отрицательным (от 09.06.17 г), во 2 сыворотке (от 12. 06.17 г.) – 1: 320.

Таким образом, только детальный клинический и эпидемиологический анализ позволили изменить диагноз и подтвердить лептоспироз, протекающий в безжелтушной форме, средней тяжести.

После проведенного лечения, включавшего антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, больной отметил значительное улучшение состояния. Больной провел 6 койко-дней и выписался с выздоровлением.

Дифференциальную диагностику безжелтушной формы лептоспироза целесообразно проводить с малярией, риккетсиозами, иерсиниозами, бруцеллезом и другими инфекционными болезнями, при которых наблюдают длительную лихорадку, печеночный и почечный синдром.

**Заключение.** Причиной ошибочного диагноза при лептоспирозе следует считать некачественно собранный эпидемиологический анамнез. Ошибка при оценке клинической картины связаны с преобладанием в раннем периоде симптомов интоксикации и отсутствием проявлений характерных для лептоспироза и недостаточно глубокого анализа врачами имеющихся у больного синдромов. Для постановки диагноза необходим более детальный анализ клинических симптомов в сопоставлении с эпидемиологическими данными, а также широкое внедрение новых современных методов лабораторной диагностики лептоспироза (ИФА, ПЦР). Ранняя и качественная диагностика лептоспироза, влияющая на прогноз заболевания, во многом зависит от настороженности практических врачей в отношении этой инфекции.

#### **Литература:**

1. *Современные тенденции распространения лептоспироза за рубежом /Шаракианов М.Б., Бренева Н.В., Носков А.К. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №5. - С. 389-341.*
2. *Новые лабораторные методы и препараты в мониторинге лептоспироза /Самарина И.В., Жарникова И.В., Чеботарева Е.Н., Надеина В. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2008. - №1. - С. 38-41.*
3. *Особенности эпидемиологии лептоспироза на современном этапе /Павленко Л.В. //Запорожский медицинский журнал. 2013. -№6. - С. 63-69.*
4. *Нарушения гемостаза при лептоспирозе /Мойсов М.Л., Лебедев В.В, Подсадная А.А. //Инфекционные болезни. - 2012.- №3.- С. 67-74.*
5. *Лептоспироз: осложнения, причины смерти и патоморфогенез /Авдеева М.Г., Городин В.Н. //Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2015. - №3. - с. 34-37.*
6. *Клинические особенности безжелтушной формы лептоспироза в Республике Мордовия /Маркосьян Н.С., Афросина Р.В., Черемисова А.Н. //Научный альманах. - 2016. - №10. - С. 466-469.*

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

**Солодченко Н.В., Бондаренко В.И.**

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

**Резюме.** В данной статье приведены результаты исследования пациентов с бронхиальной астмой и аллергической патологией верхних дыхательных путей.

**Ключевые слова:** Бронхиальная астма, аллергический ринит, полипозый риносинусит.

## **БРОНХИАЛДЫК АСТМА ЖАНА ЖОГОРКУ ДЕМ АЛУУ СИСТЕМАСЫНЫН АЛЛЕРГИЯЛЫК ДАРТЫНЫН ОРТОСУНДАГЫ ӨЗ АРА БАЙЛАНЫШЫ**

**Солодченко Н.В., Бондаренко В.И.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы  
Оториноларингология кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул статьяда бронхиалдык астма жана жогорку дем алуу системасынын аллергиялык дарты бар бейтаптардын анализдеринин жыйынтыктары берилген.

**Негизги сөздөр:** бронхиалдык астма, аллергиялык ринит, полипоздук риносинусит.

## **INTERRELATION OF BRONCHIAL ASTHMA AND ALLERGIC PATHOLOGY OF UPPER RESPIRATORY TRACT**

**Solodchenko N.V., Bondarenko V.I.**

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

**Resume.** This article presents the results of the study of patients with bronchial asthma with upper respiratory tract pathology.

**Keywords:** Bronchial asthma, allergic rhinitis, polyposis rhinosinusitis.

### **Актуальность**

Число пациентов, страдающих аллергическими заболеваниями, неуклонно растет. 20-30 лет назад ими страдало около 5% населения планеты, но к 2025 году, по данным ВОЗ, ожидается рост числа лиц, страдающих аллергией, до 50% всего человечества, а число пациентов с бронхиальной астмой возрастет на 100 миллионов человек [1]. При этом количество больных среди городского населения в несколько раз превышает число больных среди сельского населения. Вероятнее всего, это связано с большим загрязнением атмосферы городов выхлопными газами автотранспорта, промышленными выбросами соединений серы, углекислого газа, азота, различными альдегидами, атмосферной пылью. С ухудшением экологии также связан рост числа биологических загрязнителей – вегетативных форм и спор бактерий, вирусов и грибов, а также продуктов их жизнедеятельности и токсинов. Различные проявления аллергических реакций наблюдается среди детского населения в виде пищевой аллергии, атопического дерматита, аллергического ринита или бронхиальной астмы. В связи с этим, на наш взгляд, возникает необходимость пересмотреть диагностические и лечебные мероприятия на разных этапах медицинской помощи.

Доказано, что в структурном и функциональном плане верхний и нижний отделы дыхательного тракта представляют собой единое целое. Поэтому взаимовлияние сенсibilизированной слизистой оболочки носа, околоносовых пазух, бронхиального дерева дает возможность проследить влияние слизистой оболочки верхних дыхательных путей на возникновение и течение бронхиальной астмы [2].

Было отмечено, что раздражение определенных областей полости носа постепенно увеличивающимися полипами, патологическим отделяемым и даже хирургическими инструментами во время операции, приводит к усилению импульсации по цепи рино-бронхиального рефлекса и возникновению приступов затруднения легочного дыхания (бронхоспазма). Были выделены даже специальные «астмогенные» зоны полости носа, раздражение которых наиболее часто вызывает приступы астмы.

Аллергический ринит (АР) – это хроническое заболевание, в основе которого лежит воспалительная IgE – опосредованная реакция, вызванная попаданием аллергенов на слизистую оболочку полости носа. По данным ВОЗ, данной патологией страдает 400 миллионов человек [3].

АР и синусит взаимосвязаны, так как имеют аналогичное строение слизистой оболочки, и воспалительный процесс может распространяться в оба направления.

Клиника полипозного риносинусита (ПРС) обычно бывает представлена следующим симптомокомплексом: длительное затруднение носового дыхания, наличие слизистого отделяемого из полости носа, периодических приступов чихания и зуда в носу. Анамнестические данные, как правило, свидетельствуют о наличии аллергии. При передней риноскопии обращают на себя внимание выраженный отек и цианоз слизистой оболочки, носовые ходы заполнены слизистым отделяемым, просвет общего носового хода полностью или частично обтурирован полипами. Рентгенологически отмечается понижение воздушности или утолщение слизистой оболочки околоносовых пазух. В некоторых случаях имеет место эозинофилия крови и носовой слизи.

Патофизиологические исследования свидетельствуют, что существует сильная взаимосвязь между ринитом и бронхиальной астмой (БА). Когда рассматривается диагноз ринита или астмы, необходимо провести обследование как верхних, так и нижних дыхательных путей.

В общей популяции распространенность полипозного риносинусита составляет 0,5-4,3%, а среди обращающихся к оториноларингологам и аллергологам удельный вес пациентов с данной патологией - от 4 до 5% [4,5]. Известна примерная частота ПРС у больных БА - 7-15%, наличие БА у больных ПРС варьирует от 29 до 70% [5,6].

Пристальное внимание исследователей уделяется также вопросам параллельного лечения БА, АР и синусопатии. Данный подход представляется совершенно правомерным, учитывая функциональное единство носа и параназальных синусов. В качестве дополнительных методов исследования при ригидности течения синусита предлагаются лучевые методы исследования – обзорная рентгенография носа, параназальных синусов и компьютерная томография.

Данные особенности ведения пациентов с БА в сочетании с патологией носа и параназальных синусов приводят к тому, что состояние ВДП остается недостаточно хорошо охарактеризованным. Это диктует необходимость внедрения в широкую клиническую практику доступных и безопасных методов объективизации патологии параназальных синусов.

**Целью** нашего исследования, ввиду всего вышеизложенного, было выявление взаимосвязи патологии верхних дыхательных путей у пациентов с бронхиальной астмой.

#### **Материалы и методы**

Исследование было проведено в отделении оториноларингологии Медицинского Центра КГМА и в аллергологическом отделении на базе Национального Центра Охраны материнства и детства.

Нами были обследованы 65 детей с бронхиальной астмой, среди них- 49 мальчиков и 16 девочек в возрасте от 1,5 года до 16 лет (средний возраст -  $10 \pm 4$  года). Всем пациентам были проведены общеклиническое, функциональное и аллергологическое обследования. Исследование верхних дыхательных путей включало в себя стандартный осмотр ЛОР-органов, рентгенография придаточных пазух носа.

В качестве критериев обострения АР рассматривалось наличие воспалительных изменений слизистой оболочки полости носа, сопровождавшихся ежедневно в течение часа и более хотя бы двумя из следующих симптомов: заложенностью, выделениями из носа, чиханием и щекотанием в носу. При риноскопии в период обострения АР у большинства пациентов выявлялись типичные изменения в виде отека и изменения цвета слизистой оболочки носовых раковин, а также наличие серозно-слизистых выделений в носовых ходах.

Так как полипозный риносинусит выявляют чаще всего в оториноларингологическом отделении, мы проанализировали 65 пациентов в возрасте от 7 до 72 лет, прооперированных по поводу полипов. Среди них оказались 33 женщины и 32 мужчин.

#### **Результаты и обсуждение**

У 65 детей с бронхиальной астмой проведены осмотры ЛОР врачом и сделаны рентгенографии придаточных пазух носа.

У 17 больных был выявлен ОАР, 1 хронический риносинусит; у 25 пациентов – явления одно- или двустороннего катарального гайморита, 1 фронтит, 1 этмоидит, у 15 пациентов – сочетание АР и катарального гайморита. У 17 детей в анамнезе перед дебютом бронхиальной астмы имеется сезонный аллергический рино-конъюнктивит.

Пик заболеваемости приходится на октябрь-ноябрь – 20 человек, и на май – 9, минимальная заболеваемость выявлена в марте – 2 пациента.

По параклиническим данным выявлено, что количество эозинофилов в общем анализе крови не превышает 5% (в среднем 0-3%). Уровень IgE у пациентов составлял 200-1200 МЕ / мл. По данным исследований IgG выявлены: Аскаридоз у 8 детей, лямблиоз – 3, токсокароз – 2. Антитела к вирусу простого герпеса у 6 из 13 пациентов, которым проведен данный анализ.

Среди прооперированных пациентов по поводу полипозной формы риносинусита нами было выявлено, что 24 пациента из 65 относятся к популяции В по аллергологическому анамнезу. Среди этих пациентов АР болеют 12 человек, БА-2. Одновременно страдают АР, БА и ПРС-3.

#### **Выводы.**

Таким образом, мы пришли к выводу, что к лечению пациентов с БА необходимо подходить комплексно, тщательно следить за состоянием верхних дыхательных путей, проводить профилактические осмотры, по возможности проводить повышение толерантности организма к аллергенам. Мы выявили взаимосвязь БА и патологии ВДП, поэтому предполагаем, что АР следует относить к факторам риска развития БА. Так же рекомендуем пациентам с АР контролировать свое состояние, не допуская развития БА и ПРС, так как эти патологии усугубляют течение друг друга, снижают качество жизни пациента, увеличивают его затраты на лечение, ухудшают прогноз.

#### **Литература**

1. Masoli M *The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee Report.* // *Allergy.* –2004. – P. 469–478.
2. Елисеева Т.И. Структура заболеваний верхних дыхательных путей при бронхиальной астме у детей / Елисеева Т.И., Красильникова С.В., Шахов А.В. // *Нижегород. мед. Журнал.* –2005. № 3 –С. 35–38
3. J. Bousquet, N. Khaltaev. *WHO Library Cataloguing in Publication. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. World Health Organization.* –2007. –P. 14-15
4. Лопатин А.С. Медикаментозное лечение полипозного риносинусита. // *Consilium medicum.* –2002. – №4. – С. 461-468
5. Rinia A.B. *Nasal polyposis: a cellular-based approach to answering questions.* // *Allergy.* – 2007. – №62. – P. 348-358.
6. Lamblin C., Tillie-Leblond I., Darras G. et al. *Sequential evaluation of pulmonary function and bronchial hyperresponsiveness in patients with nasal polyps: a prospective study. Am J Respir Crit Care Med.* – 1997. – P. 99-103

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА**

**Д.В. Бородулина, Т.В. Цой, Э.М. Абдыкадырова, А.К. Саркина, А.Ш. Джумагулова**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им И.К. Ахунбаева

Кафедра инфекционных болезней

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В республике ежегодно регистрируются случаи пищевого ботулизма, нередко протекающие в тяжелой форме и с летальным исходом. В данной статье проведен анализ 24 историй болезни с тяжелой формой пищевого ботулизма, подтвержденных клиническими, эпидемиологическими данными и лабораторным методом реакции нейтрализации с биологической пробой на мышцах. Отмечается выделение ботулинических токсинов типа А, В, С, Е. В клинической картине тяжелой формы ботулизма имело значение наличие расстройства глотания и дыхания, а также поздняя диагностика. Улучшение состояния и регрессия неврологической симптоматики при тяжелой форме ботулизма наступила на 2-3 недели болезни.

**Ключевые слова:** ботулизм, тяжелая форма, ботулинический токсин, реакция нейтрализации, неврологические расстройства.

### **ТАМАК АРКЫЛУУ УУЛАНГАН БОТУЛИЗМДИН ООР ТҮРЛӨРҮНҮН КЛИНИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

**Д.В. Бородулина, Т.В. Цой, Э.А. Медетова, А.К. Саркина, А.Ш. Джумагулова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Жугуштуу оорулар кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Мамлекет боюнча ар жыл сайын ботулизм оорусу менем ооруган дарт катталат, кээде оор түрүндө жана өлүм менен аяктаган жыйынтыкта. Бул макалада ботулизмдин оор формасы менен

ооруган 24 оорулуунун ооруу баянынын анализи жасалды. Клиникалык, эпидемиялык жана лабораториялык чычкандарда нейтралдаштыруу реакциясы менен биологиялык пробалар менен такталган. Ботулотоксиндин А, В, С, Е типтери аныкталды. Ботулизмдин оор түрүнүн клиникалык мүнөздөмөсүндө жутуу жана дем алуунун бузулушу белгиленди, ошондой эле кеч дарт аныктоо. Ботулизмдин оор түрүндө ооруунун 2-3 жумасында жалпы абалы жакшырып жана неврологиялык кайра калыбына келүүсү.

**Негизги сөздөр:** ботулизм, оор түрү, ботулизмге каршы токсин, нейтрализациялоо реакциясы, неврологиялык бузулуулар.

## CLINICAL CHARACTERISTIC OF SEVERE FORM OF FOOD BOTULISM

D.V. Borodulina, T.V. Tsoy, E.A. Medetova, A.K. Sarkina, A.Sh. Djumagulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Infectious Diseases

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** Cases of food botulism are registered in the Republic annually, often occurring in severe form and may be fatal. This article analyzes 24 cases of patients with severe forms of food botulism. The diagnosis was confirmed by clinical, epidemiological and laboratory with reaction of neutralization in mice. The toxins A, B, C and E were isolated. The disorders of swallowing and breathing are important in severe form of botulism, as well, as late diagnosis. Improvement of the state and regression of neurological symptoms in severe botulism occurred for 2-3 weeks of the disease.

**Keywords:** botulism, severe form, botulinum toxin, reaction of neutralization, neurological disorders.

**Актуальность.** Пищевой ботулизм встречается во всем мире, где население употребляет консервированные продукты домашнего консервирования. Реже встречаются раневой ботулизм и ботулизм грудных детей. Так, по данным Центра по контролю и предотвращению заболеваний (CDC) ежегодно в США в среднем регистрируется до 154 случая ботулизма, где причиной заражения в основном являются растительные консервы, такие как зеленая фасоль, шпинат, свекла [1]. В Российской Федерации ботулизм регистрируется в виде спорадических, реже групповых заболеваний и составляют около 300 случаев ежегодно, и связаны они в основном с употреблением соленой, вяленой или копченой рыбы непромышленного производства, а также грибов домашнего консервирования [2]. В 2017 году в Украине ботулизмом заразилось 90 человек, из них 9 умерло. Причиной болезни явилось употребление вяленой рыбы [2].

По официальным статистическим данным Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДПЗ и ГСЭН) в нашей республике за последние 6 лет участились случаи заболевания ботулизмом от 50 до 189 в год, характеризующиеся тяжелым течением и высокой летальностью (5-10%) [2,3,4].

**Актуальность** пищевого ботулизма заключается в особенностях его клинической картины, что нередко приводит к ошибочной диагностике заболевания и к несвоевременному оказанию неотложной помощи. Так по Южному региону Кыргызской Республики (КР) ошибочная диагностика при первичном обращении за медицинской помощью составила 42,3% [5]. До настоящего времени нет общепринятых критериев оценки тяжести его течения, не оценена и прогностическая ценность отдельных клинических симптомов, отсутствует единый подход и в отношении специфической терапии.

**Поэтому целью настоящего исследования** явилось изучение клинической картины тяжелого ботулизма для рационального подхода к лечению.

### **Материалы и методы исследования.**

Нами проведен анализ 24 историй болезни больных с тяжелым течением пищевого ботулизма, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за период с 2015 по 2017 гг.

Диагноз установлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, проведенных методом реакции нейтрализации с биологической пробой на мышцах и типирования ботулинического токсина.

### **Результаты и их обсуждение.**

По официальным статистическим данным ДПЗ и ГСЭН за последние 9 лет в республике зарегистрировано 930 случаев ботулизма (рис. 1).

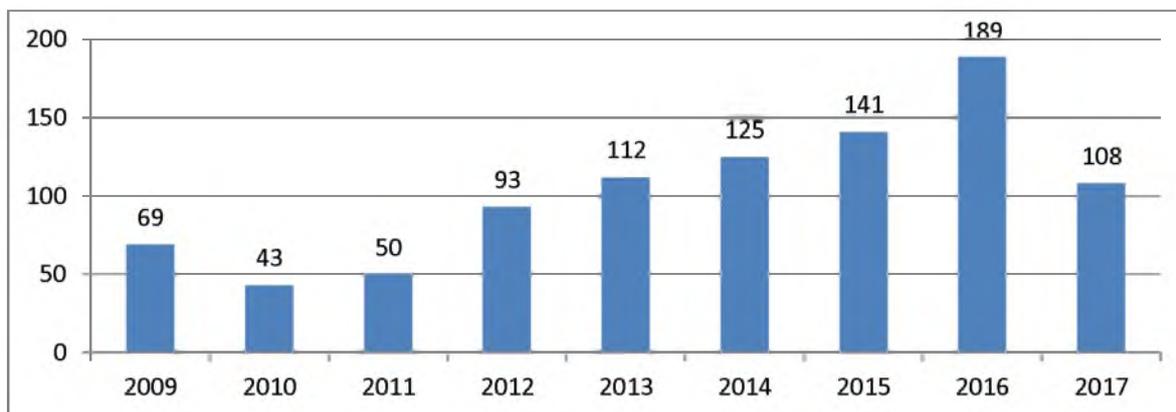


Рис. 1. Динамика заболеваемости ботулизмом в КР за период 2009-2017 гг. (абс. число).

С 2012 года отмечается ежегодный рост заболеваемости пищевым ботулизмом и наибольшая заболеваемость отмечалась в 2016 году (189 случая). Рост заболеваемости связан с широким распространением домашнего консервирования среди населения. В структуре заболеваемости пищевым ботулизмом по регионам республики 50% больных приходится на г.Ош и Ошскую область (рис. 2).

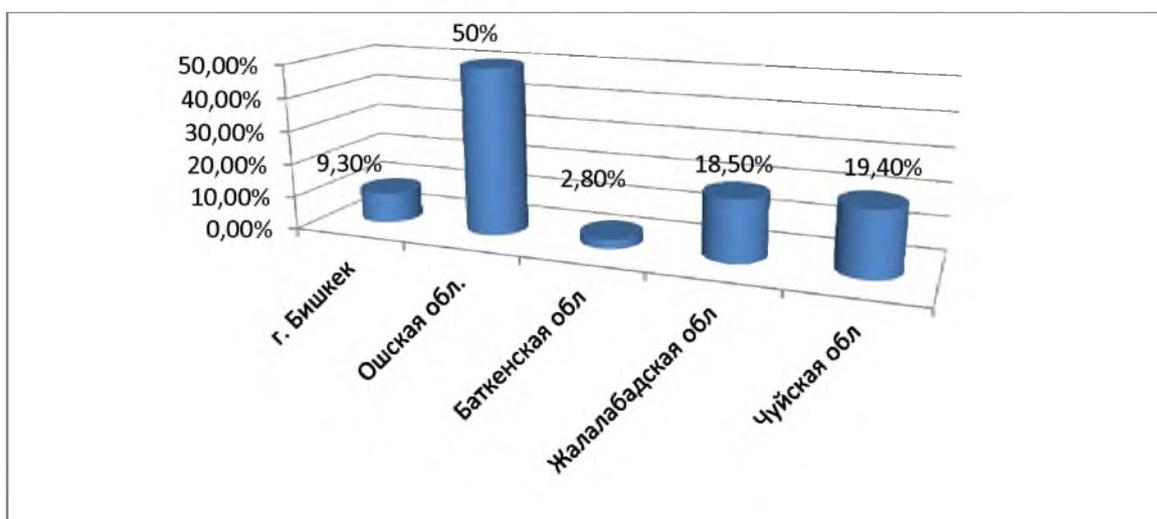


Рис. 2. Структура заболеваемости пищевым ботулизмом по регионам республики за 2017 гг. (по данным ДПЗ и ГСЭН).

Преобладание случаев ботулизма в Ошской области связано с климатическими условиями и направлением хозяйственной деятельности на выращивание сельскохозяйственной продукции, в основном овощей и фруктов. По Ошской области установлена причинная связь ботулизма с употреблением в основном овощных консервов домашнего приготовления в 89,2% случаев, а именно салаты из баклажанов в 37,2% случаев, маринованные огурцы в 35,7%, маринованные помидоры в 16,3%. Случаи заражения при употреблении грибов домашнего консервирования составили 8,6%, варенья из абрикосов – 3% [5].

По данным Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за период с 2015 по 2017 годы прошло 87 больных с пищевым ботулизмом, из них в 24 случаях (27,6%) диагностировано тяжелое течение и в 2-х случаях с летальным исходом, что составило 2,3% от общего числа госпитализированных за 3 года.

Тяжелые формы ботулизма с одинаковой частотой встречались как среди мужчин, так и женщин. В возрастной структуре преобладали больные в возрасте с 19 до 44 лет, что составило 72,7%. Среди больных с тяжелой формой был 1 ребенок 9 лет.

Среди наблюдаемых преобладали жители города Бишкек (36,4%) и Чуйской области (37,5%). Из других регионов республики 3(12,5%) больных были жителями Нарынской области и 2 (8,3%) – Жалал-Абадской области.

Абсолютное большинство больных составили неработающие лица (70,8%), а 8,3% больных посещали тот или иной организованный коллектив (школы, вузы).

При анализе годовой динамики заболеваемости наибольшее число случаев ботулизма отмечалось с декабря по март месяц, что составило 66,6% (рис. 3).

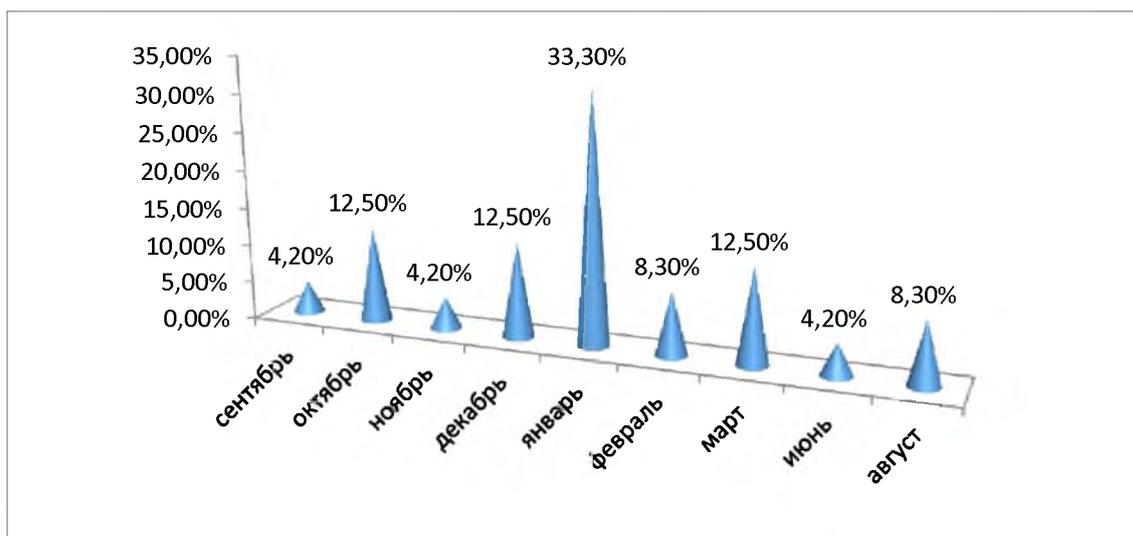


Рис. 3. Структура заболеваемости ботулизмом по месяцам по данным РКИБ.

У подавляющего большинства пациентов была установлена причинная связь с употреблением консервированных продуктов домашнего приготовления: у 9 (37,5%) больных – овощных салатов (морковь, капуста, баклажаны), у 10 больных (41,7%) – маринованных помидоров и огурцов, в 2 случаях (8,3%) – маринованных грибов и в 2(8,3%) – консервированного мяса. В 1 случае (4,2%) причину заболевания выяснить не удалось.

13 (54,2%) больных поступили в РКИБ по скорой медицинской помощи и по направлению центров семейной медицины, 6 (25%) -переведены из других стационаров. 5 (20,8%) больных с тяжелой формой обратились за помощью самостоятельно. При этом, в 45,8% случаев был первоначально выставлен ошибочный диагноз.

Абсолютное большинство больных (83,3%) с тяжелой формой болезни поступили в стационар в первые три дня болезни. Позже 5 дня болезни поступило 4 (16,7%) больных, что связано с несвоевременной постановкой диагноза.

Длительность инкубационного периода с тяжелой формой менее суток отмечено у 9 (37,5%) больных, до 2 суток – у 5 (20,8%), более 3-5 суток – у 7 (29,2%) больных. Таким образом, у больных с тяжелыми формами отмечался короткий инкубационный период.

В реанимационное отделение было госпитализировано 16 (66,7%) больных с тяжелой формой ботулизма, из них 8 (50%) больных поступили сразу в РИТ, остальные – на 2-й день от момента госпитализации в связи с ухудшением состояния.

В классической картине пищевого ботулизма различают 3 основных синдрома: общеинтоксикационный, гастроинтестинальный и паралитический. Из общеинтоксикационного синдрома у 16 (66,7%) больных выявлено головокружение, у 7(29,2%) – головная боль, у 3 (12,5%) – повышение температуры тела до 38С.

Начало болезни с гастроинтестинального синдрома выявлено у 20 (83,3%) тяжелых больных. Первые симптомы болезни проявлялись повторной рвотой (83,3%), диареей от 1 до 3 раз в сутки (37,5%) и болью в эпигастрии (25%). Только у 3 (13,6%) больных заболевание началось сразу с неврологических симптомов.

Синдром поражения нервной системы выявлялся у всех больных. Так характерный симптом ботулизма сухость во рту отмечалась у всех 24 больных (100%), у 17 (70,8%) отмечалась общая миоплегия и шаткая походка.

Синдром двигательных расстройств желудочно-кишечного тракта отмечен у 23(95,8%) больных в виде метеоризма, у 5 (20,8%) – запор.

У всех больных (100%) были выявлены офтальмоплегические симптомы: туман и сетка перед глазами (70,8%), диплопия (87,5%), птоз (83,3%), мидриаз (87,5%), ограничение движения глазных яблок (33,3%), нистагм (29,2%). При анализе офтальмоплегической симптоматики видно, что не все симптомы встречаются обязательно у всех больных и выраженность их неодинакова.

Фагоглоссонейроплегические симптомы отмечались у всех больных (100%), из них 17 (70,8%) не глотали жидкую и твердую пищу, 7(29,2%) – только твердую пищу. У 18(75%) больных отмечалась гнусавость голоса. В 6 (25%) случаях из 24 у больных была афония. 16 (66,7%) больных получали питание через назогастральный зонд.

Синдром острой дыхательной недостаточности (ОДН) был в 7 (29,2%) случаях, и все находились на аппарате искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Исходя из наблюдений, ОДН наступает как правило, после полного исчезновения способности к глотанию жидкости. Поэтому важно, что именно афагия является абсолютным показанием для перевода больных в реанимационное отделение. Больные находились на ИВЛ от – 8 до 15 суток, что в среднем составило  $11 \pm 2,6$  суток. В 2 случаях (8,3%) из 24 тяжелых форм болезнь закончилась летальным исходом от острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Таким образом, критериями тяжелого течения ботулизма являются наличие фагоглоссоневрологических симптомов и синдрома острой дыхательной недостаточности, а также выраженность офтальмоплегических симптомов.

Проведенное лабораторное исследование позволило обнаружить ботулинический токсин в 15 (62,5%) случаях и типировать его. Преимущественно встречались типы токсина А,В,С,Е и во всех случаях отмечалось сочетание 2 или 3 токсинов.

В лечение использовалась поливалентная противоботулиническая сыворотка (ПБС), содержащая тип А 10000МЕ, тип В 5000 МЕ и тип Е 10000 МЕ (одна терапевтическая доза), которая вводилась внутримышечно. В 1-3-й день от начала болезни получили ПБС 20(83,3%) больных, 4 (16,7%) больных получили на 4-7 дни болезни, в связи с поздним поступлением. Количество введенных доз ПБС было обусловлено тяжестью неврологических расстройств на момент поступления.

Все 7 больных с синдромом ОДН и расстройством глотания получили от 3 до 5 терапевтических доз. Лечебный эффект наступил в среднем на  $18,3 \pm 4,2$  день.

8 (33,3%)больных, имевшие разной степени выраженности расстройства глотания и выраженные офтальмоплегические симптомы, получили 2 терапевтические дозы и лечебный эффект наблюдался в среднем на  $9,4 \pm 2,2$  день. Одну терапевтическую дозу получили 9 (37,5%) больных. Улучшение у них наступило в среднем на  $6,9 \pm 1,6$  день.

Таким образом, лечебный эффект ПБС не зависел от срока введения и количества введенных доз ПБС. Улучшение состояния и регрессия неврологической симптоматики у больных тяжелой формой ботулизма зависело от выраженности паралитического синдрома и наступало на 2-3 недели болезни.

#### **Выводы:**

1. В КР отмечается рост пищевого ботулизма, который в 27,6% случаев протекает в тяжелой форме и летальность составляет 2,3%. При этом остается высокий процент ошибочных диагнозов (45,8%), что приводит к поздней госпитализации (16,7%).
2. Тяжесть ботулизма обусловлена фагоглоссоплегическим синдромом (87,5%) и синдромом острой дыхательной недостаточности (20,5%). Афагия является абсолютным показанием для перевода больных в реанимационное отделение.
3. При тяжелых формах выявлено сочетание нескольких ботулинических токсинов типа А, В, С и Е.
4. Улучшение состояния и регрессия неврологической симптоматики у больных тяжелой формой ботулизма зависело от выраженности паралитического синдрома и наступало на 2-3 недели болезни.

#### **Литература:**

1. Centers for Disease Control and Prevention. Kinds of Botulism. CDC. [Электронный ресурс]: Available at <https://www.cdc.gov/botulism/definition.html>. 2017.
2. Клинико-эпидемиологические особенности ботулизма в Забайкальском крае /Носкова О.А., Загоскина Т.Ю., Ульданова Д.С. //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2013. - №6. - С. 73.
3. Этиотропный подход в анализе и диагностике ботулизма и пищевой токсикоинфекции /Салиева С.Т., Кудайбердиева Ж.И., Жолдошев С.Т. //Успехи современной науки. - 2016. - №11, Том 10. - С. 54-59.
4. Клинико-эпидемиологические особенности течения пищевого ботулизма на современном этапе. /[Береговой А.А., Мурзаева М., Джумагулова А.Ш. и др.] //Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2015. - №2. - С. 30-33.
5. Эпидемиологическая характеристика ботулизма Южного региона Кыргызской Республики /Салиева С.Т., Жолдошев С.Т. //Журнал инфектологии. - 2017. - Том 9, №2. - С. 65-66.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

И.И. Полотов, Е.Е. Логинов, Г.М. Муканбеткеримова, А.Ш. Джумагулова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Кафедра инфекционных болезней

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Иерсиниозные инфекции распространены повсеместно, характеризуются значительным полиморфизмом клинических проявлений с поражением различных органов и систем. В статье проведен анализ клинико-лабораторных особенностей диагностики псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза у 30 больных, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу в период 2015-2017 гг. Причиной инфицирования явилось употребление свежих овощей, фруктов и салатов. Клиническая картина не изменила своих классических черт и при своевременной диагностики, а также адекватно проводимой этиотропной терапии характеризовалась гладким течением с последующим выздоровлением.

**Ключевые слова:** иерсиниоз, псевдотуберкулез, клинические симптомы, диагностика

## ИЕРСИНИОЗ ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК-ЛАБОРАТОРИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

И.И. Полотов, Е.Е. Логинов, Г.М. Муканбеткеримова, А.Ш. Джумагулова

И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамалекеттик медициналык академиясы

Жугуштуу оорулар кафедрасы

Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Иерсиниоз жугуштуу ооруусу кенен жайылган, анын ар кандай клиникалык белгилери турдүү органдардын жабыркашы менен мүнөздөлөт. Бул макалада республикалык клиникалык жугуштуу ооруканасындагы 2015-2017-жылдар аралыгындагы дарыланган 30 оорулунун псевдотуберкулез менен ичеги иерсиниоздун клиникалык, лабораториялык жана дарт аныктоонун өзгөчүлүктөрүнүн анализи көрсөтүлгөн. Жугузуп алуунун себептери тамак азыктарына мөмөлөрдү, салаттарды колдонуу болуп саналган. Клиникалык көрүнүшү анын классикалык өзгөчүлүктөрүн өз убагында дарт аныктоодо өзгөрткөн жок, ошондой эле этиотроптуу дарылоонун шайкештиги кийинки калыбына келтирүүнүн жылмакай өтүшү менен мүнөздөлгөн.

**Негизги сөздөр:** иерсиниоз, псевдотуберкулез, клиникалык белгилер, дарт аныктоо

## CLINICO-LABORATORY CHARACTERISTICS OF YERSINIOSIS INFECTIONS

I.I. Polotov, E.E. Loginov, G.M. Mukanbetkerimova, A.S. Djumagulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

Department of Infectious Diseases,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** Yersiniosis infections are widespread, characterized by significant polymorphism of clinical manifestations with damage to various organs and systems. The article analyzes the clinical and laboratory features of the diagnosis of pseudotuberculosis and intestinal yersiniosis in 30 patients hospitalized in the RCIM during 2015-2017. The cause of infection was consuming of fresh vegetables, fruits and salads. Clinical picture didnt change its classical features even contemporary diagnosis and also in adequately conducted etiotropic therapy it was characterized by uncomplicated course with subsequent recovery.

**Keywords:** yersiniosis, pseudotuberculosis, clinical symptoms, diagnosis

**Актуальность.** Термин «иерсиниозная инфекция» объединяет два инфекционных заболевания, вызываемых бактериями рода *Yersinia*: псевдотуберкулез (экстраинтестинальный иерсиниоз) и кишечный иерсиниоз (интестинальный иерсиниоз). Между псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом много общего, но имеются и различия, что дает основание рассматривать их как самостоятельные нозологические формы.

Иерсиниозы относятся к повсеместно распространенным зоонозным инфекционным заболеваниям и поражает все возрастные группы. Показатели заболеваемости в разных регионах Российской Федерации колеблются от 5,08 до 9,98 на 100 тыс. населения, в Республике Казахстан на 100 тысяч населения показатель составляет 1,86 [3]. Регистрируются как спорадические случаи, так и групповые заболевания [1,4].

Эпидемиологически значимыми факторами риска являются: нарушение технологии приготовления блюд из сырых овощей; наличие грызунов в доме и местах хранения овощей и корнеплодов; употребление заготовленных на зиму овощей без термической обработки, которые хранятся в индивидуальных подвалах [3,5].

Несмотря на то, что в Кыргызстане имеются все предпосылки для распространения иерсиниозной инфекции, до сих пор нет систематического изучения и регистрации этой инфекции. Надо полагать, что официально регистрируемые показатели заболеваемости в республике не отражают истинной картины. Трудности диагностики псевдотуберкулеза и иерсиниоза связано прежде всего с особенностями течения инфекционного процесса, полиморфизмом клинических проявлений инфекции, высокой частотой рецидивирующего течения (13,6-43,5%), низким уровнем лабораторной диагностики, крайне редким бактериологическим подтверждением, а также неудовлетворительными знаниями врачей данной патологии. [4]

Поэтому в последние годы растет число ошибочных диагнозов: острого респираторного заболевания, скарлатины, кори, краснухи, вирусного гепатита, острого аппендицита, ревматизма и т.д., что приводит к необоснованной терапии и длительной нетрудоспособности пациентов.

Поэтому **целью** настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных особенностей течения псевдотуберкулеза и иерсиниоза для обеспечения своевременного адекватного лечения

#### **Материалы и методы:**

Был проведен анализ 30 историй болезни пациентов с диагнозом псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за 2015-2017 гг. Критерием включения больных в изучаемую группу было лабораторное подтверждение диагноза иерсиниозной инфекции (реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) и реакция связывания комплементов (РСК) с псевдотуберкулезным и иерсиниозным диагностикумом).

Также были использованы клинические (общий анализ крови, общий анализ мочи) и биохимические исследования (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), билирубин, протеинограмма). При необходимости определяли маркеры вирусных гепатитов (А, В, С), проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек.

Проводилась статистическая обработка с помощью программы SSPS.

#### **Результаты и обсуждение:**

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за 2015-2017 гг. зарегистрировано 30 случаев иерсиниозной инфекции, среди них псевдотуберкулез выявлен у 24 (80%) пациентов, тогда как кишечный иерсиниоз – у 6(20%). Соотношение встречаемости псевдотуберкулезной инфекции к кишечному иерсиниозу составляет 4:1.

При изучении возрастного состава больных отмечается, что в 60% случаев иерсиниозная инфекция наблюдалась среди взрослого населения, при этом у большинства пациентов с псевдотуберкулезом (75%). Тогда как кишечный иерсиниоз в 66,7% случаев встречался среди детей. По половому составу преобладали мужчины (60%).

Исследуя эпидемиологический анамнез заболевания, удалось выявить, что 43,3% больных употребляли в пищу сырые овощи, салаты, свежевыжатые соки из фруктов и овощей; 23,3% – не исключают наличие грызунов в доме.

Псевдотуберкулез всех случаях протекал в генерализованной форме. При кишечном иерсиниозе 83,3% больных перенесли гастроинтестинальную форму, лишь в 1 (16,7%) случае зарегистрирована генерализованная форма.

Все наблюдаемые госпитализировались на различных сроках заболевания. Большинство больных поступали в стационар в поздние сроки заболевания: 46,7% больных – на 4-5-й день, 30% больных – к концу первой недели. Лишь в 23,3% случаев больные поступали в первые 3 дня заболевания.

В основном диагностирована среднетяжелая форма заболевания (80%), тяжелая форма встречалась у 20% больных, как при псевдотуберкулезе, так и при кишечном иерсиниозе.

Для типичного течения псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза характерны экзантемные, абдоминальные и кишечные синдромы, которые протекают изолированно или сочетаются (16,7%).

Начальными симптомами болезни являются признаки общинфекционного синдрома: температура, головная боль, снижение аппетита, тошнота, рвота, слабость.

Температура у подавляющего большинства больных с псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом в течение первых суток повышается до максимальных цифр. Выраженность лихорадочной реакции определяется тяжестью болезни: у 60% больных она была в пределах 38,2-39°C, у 15% – 39-

40°C, у 16,4% – субфебрильная. Как правило, отмечается постоянный или волнообразный тип лихорадки, реже – ремитирующий. Длительность температуры составила в среднем  $6,53 \pm 0,38$  суток.

Инъекция сосудов склер наблюдалась у половины больных и длилась 3-5 дней. При псевдотуберкулезе гиперемия лица (симптом «капюшона») отмечено у 58,3%, симптом «перчаток» – у 75%.

Экзантема отмечается у 91,7% больных с псевдотуберкулезом и у 16,7% – с кишечным иерсиниозом на обычном или гиперемированном фоне кожи. По характеру сыпь была пятнисто-папулезной (76,6%), а также встречалась мелкоточечная (16,7%) и геморрагическая (6,7%). Сыпь локализовалась на туловище, конечностях с максимальной выраженностью вокруг суставов, появлялась на 1-3 день болезни и держалась от 2 до 4 дней. Средняя продолжительность синдрома экзантемы составила  $2,23 \pm 0,12$  сут.

В остром периоде болезни у 33,3% больных с псевдотуберкулезом определяется увеличенная и болезненная печень, реже – селезенка, тогда как при кишечном иерсиниозе – в 16,7%. У 8,3% больных с псевдотуберкулезом увеличение печени сочеталось с легкой иктеричностью склер и кожи, при этом отмечались изменения и в биохимических показателях (повышение АЛТ, АСТ).

У 12,5% больных с псевдотуберкулезом и 16,7% с кишечным иерсиниозом выявлен синдром лимфаденопатии, и чаще всего увеличивались тонзиллярные, передне- и заднешейные, подмышечные лимфоузлы.

Синдром «малинового языка» встречался у 13,3% больных, чаще регистрировался у детей дошкольного возраста.

Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта чаще встречались при кишечном иерсиниозе у 83,3% больных, тогда как при псевдотуберкулезе – в 20,8% случаев. Клинически проявлялись рвотой (50% и 66,7%), болями в животе (12,5% и 33,3%), жидким стулом (20,8% и 83,3% соответственно при псевдотуберкулезе и кишечном иерсиниозе). При кишечном иерсиниозе в 1 случае отмечались признаки терминального илеита. Общая продолжительность абдоминального синдрома варьировала в среднем  $3,77 \pm 1,5$  суток.

Поражение опорно-двигательного аппарата обнаружено у 33,3% больных с псевдотуберкулезом и у 16,7% – с кишечным иерсиниозом, при этом наиболее часто выявляются артралгии и, реже, острые артриты. Чаще всего в патологический процесс вовлекались крупные суставы нижних конечностей. Длительность синдрома артралгии в среднем составило  $5,02 \pm 0,9$  суток.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выявляются у всех больных и проявляются тахикардией, приглушением сердечных тонов и склонностью к гипотонии.

Специфическая диагностика с использованием серологических методов исследования проводилась всем обследованным. Диагноз «псевдотуберкулез» и «иерсиниоз» подтверждался на основании нарастания титра антител методом РСК (66,7%) и РНГА (33,3%). Бактериологическое исследование кала также проводилось всем пациентам с кишечным иерсиниозом, но во всех случаях анализ был отрицательным. Это объясняется культуральными свойствами инфекционного агента и длительностью проведения анализа. [2]

Анализ показателей гемограммы у больных иерсиниозной инфекции, выявил изменения, характерные для бактериальной инфекции. В 59,6% случаев отмечается умеренный лейкоцитоз ( $12 \pm 1,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) с нейтрофильным сдвигом (16,7%). Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) была повышена в 46,7% случаев, продолжительностью в среднем  $15,48 \pm 1,43$  суток.

В общем анализе мочи у 13,3% больных обнаруживались в начальном периоде умеренная протеинурия, лейкоцитурия, единичные гиалиновые цилиндры. Эти изменения носили кратковременный характер и проходили через 5-7 суток, в среднем составило  $5,87 \pm 0,12$  суток.

При биохимическом исследовании крови повышение количества общего билирубина выявлено в 3,3% случаев при псевдотуберкулезе (до 41 мкмоль/л). Повышение содержания АСТ и АЛТ в крови обнаружено у 13,3% больных, продолжительностью в среднем  $5 \pm 3,01$  дней. Все больные с гиперферментемией обследовались на маркеры вирусных гепатитов и были получены отрицательные результаты.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены признаки хронического гепатита (3,3%), гепатоспленомегалии (9,9%), хронического холецистопанкреатита (3,3%).

Все больные получили антибиотики (ципрофлоксацин, цефтриаксон) в течение 7-10 дней. Сравнительный анализ длительности симптоматики при монотерапии и в комбинации 2-х антибиотиков не дал достоверных различий в эффективности (Табл.).

Продолжительность симптомов у больных на фоне антибиотикотерапии

Клинические признаки	Продолжительность проявлений у больных		ДИ
	Монотерапия АБТ	Комбинированная АБТ	
Повышение t	2,15±0,36	2,8±0,6	0,16
Рвота	1,5±0,5	1,4±0,5	0,18
Экзантема	2,45±0,68	2,3±0,8	0,19
Лимфоаденопатия	1,9±0,3	1,8±0,4	0,92
Артрит	1,8±0,4	1,5±0,5	0,36
Диарея	1,7±0,44	1,7±0,48	0,34

Все больные выписаны из стационара с полным выздоровлением, случаев развития рецидивов не отмечено. Среднее пребывание больных в стационаре составило 7,3±1,7 дня.

**Выводы:**

1. Соотношение встречаемости псевдотуберкулеза к кишечному иерсиниозу составляет 4:1. В современных условиях сохраняются классические симптомы заболевания вне зависимости от варианта течения инфекционного процесса и характеризуются симптомами интоксикации, экзантемы, абдоминального и суставного синдрома, гепатомегалии.
2. Для подтверждения диагноза иерсиниозов рекомендуется комплексное использование лабораторных методов: серологические методы (РСК, РНГА, ИФА) и ПЦР.
3. Эффективными этиотропными препаратами для лечения иерсиниозной инфекции остаются фторхинолоны и цефалоспорины.

**Литература:**

1. Дорошенко Е.П., Омельченко Н.Д. Новый подход к лечению псевдотуберкулезной инфекции //Инфекционные болезни.-2015.-Т.13, Приложение 1.-С.113.
2. Диагностическая и лечебная тактика при абдоминальной форме иерсиниозов у детей [М.Д. Шестакова, Е.А. Воскресенская, Г.И. Кокорина и др] //Педиатрия.-2012.-Том 91.,№ 4.-С.38-42.
3. А.В. Филиппенко, И.А. Иванова, И.В. Морозова Псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз: совершенствованные неспецифической профилактики и лечения // Медицинский вестник Юга России.-2017.-Т.8, №1.-С. 28-31.
4. Юцук Н.Д., Шестакова И.В., Балмасова И.П. Клинико-прогностические критерии различных форм и вариантов течения иерсиниозной инфекции. Терапевтический архив. 2009.- №11.- С. 24-32.
5. Multiple outbreaks of *Yersinia pseudotuberculosis* infection in Finland [Jalava K., Hallanvuo S., Nakari U-M, et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2004. – №42. – P. 2789–2791.
6. Hakkinen M., Valkonen M. An outbreak of gastrointestinal illness and erythema nodosum from grated carrots contaminated with *Yersinia pseudotuberculosis* /J. Infect.Dis.- 2006.- P. 1209-1216.

## КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

В.А. Шуленин, Э.Ю. Шабалина, А.Б. Эргешева, М. Шолпанбай уулу, А.Ш. Джумагулова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра инфекционных болезней

г. Бишкек, Кыргызская республика

**Резюме:** В данной работе представлены результаты исследования клинико-эпидемиологического наблюдения за 54 больными с паротитной инфекцией, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу в период 2015-2017 гг. Анализ полученных данных показал более частую встречаемость заболевания в возрастной группе 15-20 лет у лиц мужского пола, увеличение комбинированных железистых форм, в том числе в 40,7% с орхитом. На данный момент сезонность эпидемического паротита чаще всего наблюдается в зимне-весенний период.

**Ключевые слова:** клинические формы, паротитная инфекция, орхит, панкреатит.

## ЧОҢ КИШИЛЕР АРАСЫНДАГЫ ТЕПКЕ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

В.А. Шуленин, Э.Ю. Шабалина, А.Б. Эргешева, М. Шолпанбай уулу, А.Ш. Джумагулова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Жугуштуу оорулар кафедрасы

**Корутунду:** Берилген статьяда 2015-2017-жылдар аралыгында Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар ооруканасында тепке жугуштуу оорусу менен дарыланган 54 бейтаптын клиникалык жана эпидемиологиялык байкоолорунун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Анализдин жыйынтыгы боюнча 15-20 жаш курактагы эркектердин арасында көп кездешкен, аралаш бездүү түрлөрү көбөйгөн, анын ичинде 40,7% орхит менен коштолгон. Азыркы убакта тепкенин сезондуулугу көбүнчө кыш-жаз мезгилдерине туура келет.

**Негизги сөздөр:** кликалык түрлөрү, тепке жугуштуу оорусу, орхит, панкреатит.

## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MUMPS IN ADULTS

V.A. Shulenin, E.Y. Shabalina, A.B. Ergeshova, Sholponbai uulu M., A.Sh. Djumagulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Infectious Diseases

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** The results of clinical and epidemiological observation of 54 patients with mumps are presented in this article. These patients were hospitalized in the Republican hospital of infectious diseases in period 2015-2017 years. The analysis of the obtained data showed a more frequent occurrence of the disease at the age of 15-20 years and an increase in combined glandular forms, including 40,7% with orchitis. The epidemic rise of mumps is observed in the winter- spring period.

**Keywords:** clinical forms, mumps, orchitis, pancreatitis.

Эпидемический паротит представляет собой острое системное вирусное инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся преимущественным поражением слюнных желез, а также других железистых органов и нервной системы. Эпидемический паротит относится к «управляемым» инфекциям и после введения в практику иммунизации заболеваемость в мире значительно снизилась, но только в 42% стран вакцинация против паротитной инфекции включена в Национальные прививочные календари. [1,3,5]

Современные особенности эпидемиологии паротитной инфекции в Кыргызской Республике также определяются осуществляемой с 1987 г. массовой, а затем плановой иммунизацией детского населения живой паротитной вакциной. Вакцинопрофилактика изменила длительность эпидемического цикла в сторону увеличения (на 8-10 лет и более) и поло-возрастную восприимчивость. Произошло «повзросление» инфекции, при этом повысился риск возникновения неблагоприятных последствий, таких как церебростенический синдром, внутричерепная гипертензия, хронический панкреатит, сахарный диабет, вследствие атрофии яичек - мужское бесплодие и импотенция. [2] Поэтому паротитная инфекция у взрослых стала актуальной проблемой современной медицины, что и послужило основанием для проведения данного исследования.

**Целью** исследования является анализ эпидемиологических и клинических особенностей паротитной инфекции у взрослых

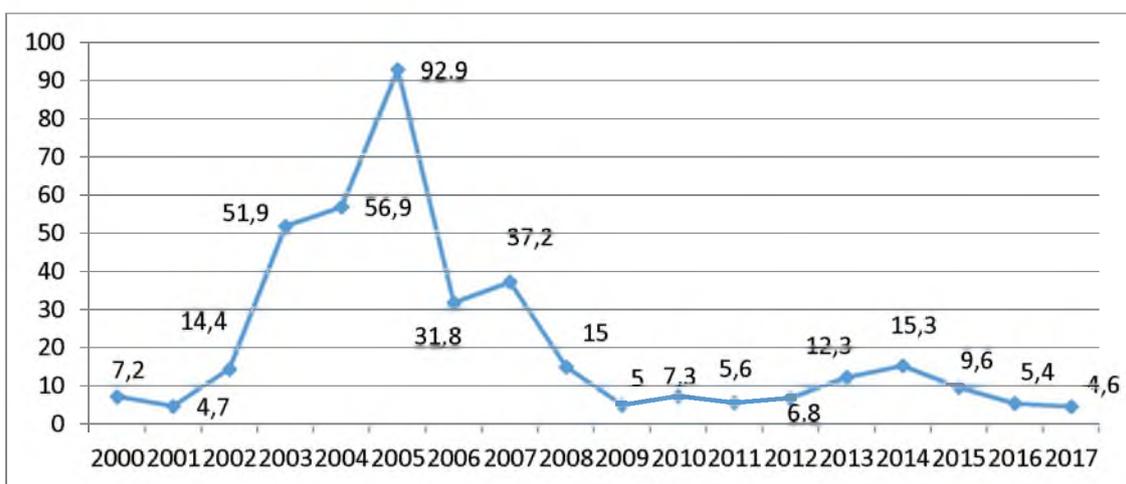
### **Материалы и методы исследования**

Был проведен анализ 54 историй болезни пациентов с паротитной инфекцией в возрасте от 15 до 40 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу за 2015-2017 гг., а также использовались официальные данные департамента профилактики заболеваний и Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызской Республике за 2007-2017 гг. Диагноз подтверждался на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных исследований.

Проводилась статистическая обработка с помощью программы SPSS.

### **Результаты и их обсуждение**

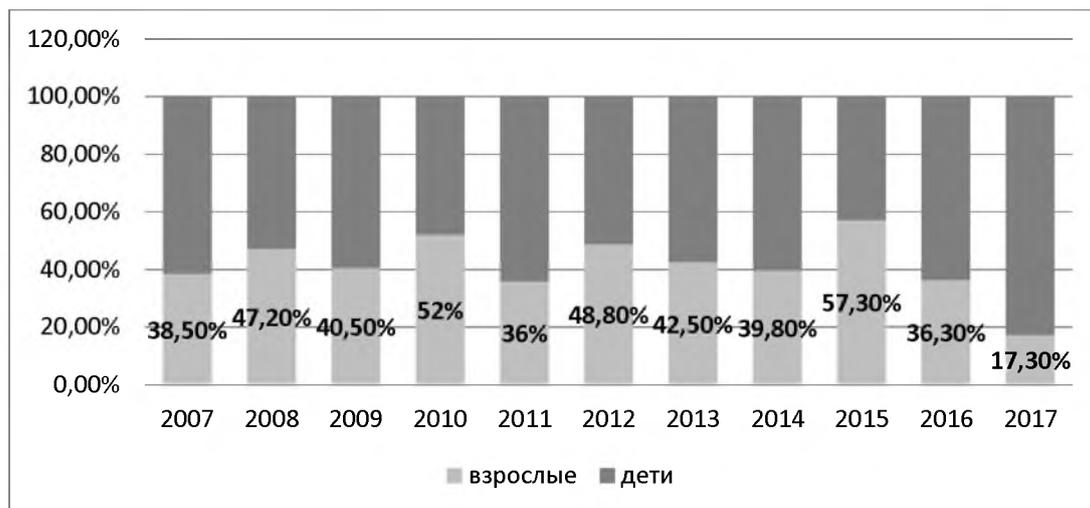
В связи с экономическими трудностями, вакцинопрофилактика паротитной инфекции в КР была прекращена в 1992 г. и в рамках Национального прививочного календаря возобновилась только в 2007 году. В результате отсутствия вакцинопрофилактики паротитной инфекции, произошло накопление неиммунного контингента, в связи с чем, в период 2002-2007 гг. отмечалось стабильное эпидемиологическое неблагополучие по паротитной инфекции, с неуклонным подъёмом заболеваемости до 92,9 на 100 тыс. населения.



**Рис. 1. Многолетняя динамика заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызстане, 2000-2017 гг. (на 100 тыс. населения).**

С 2008 года заболеваемость паротитной инфекцией в Кыргызстане стабилизировалась, составив 155 случаев (5,0 на 100 тыс.) в 2009 году, с тенденцией к повышению в 2013-2015 гг. (12,3-15,3 на 100 тыс.). При этом, эпидемический процесс повторил свой виток десятилетней давности: хотя количество больных паротитом в 2013-2015 гг. было значительно меньше, чем в 2003-2005 годы.

В вакцинальный период отмечается изменение возрастной структуры при данной инфекции с тенденцией вовлечения в процесс лиц старшего возраста (до 57%), что является следствием более позднего контакта с возбудителем и непродолжительностью поствакцинального иммунитета. (рис. 2). За период 2015-2017 гг заболеваемость встречалась в 36,9% случаев среди подросткового и взрослого населения.



**Рис. 2. Заболеваемость паротитной инфекцией среди взрослых в КР, 2007-2017 гг. (в %).**

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за 2015-2017 гг зарегистрировано 54 случая паротитной инфекции у взрослых. При изучении возрастного состава больных отмечается, что абсолютное большинство из числа госпитализированных больных были молодые люди в возрасте от 15 до 20 лет (59,2%) и только 5,6% - старше 30 лет.

Таблица 1

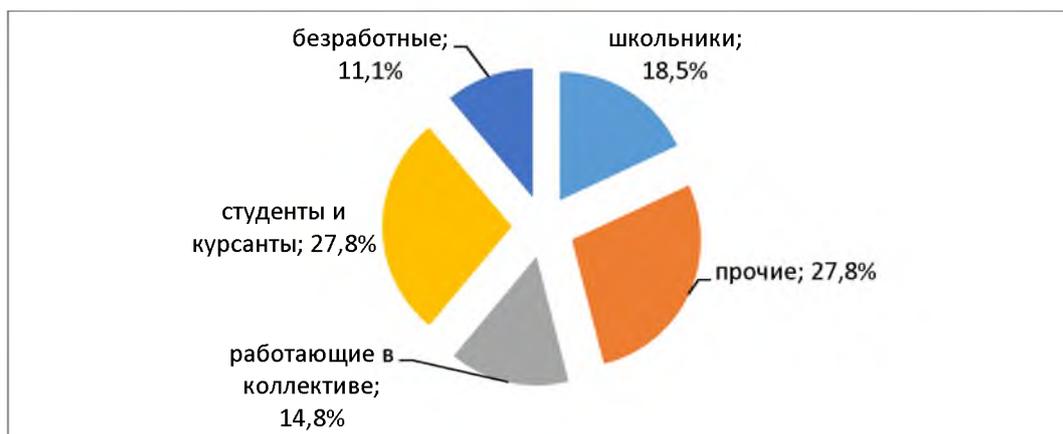
Возрастная структура госпитализированных взрослых больных ПИ (2015-2017 гг.)

Возраст		
	абс. числа	%
15-20 лет	32	59,2%
21-25	11	20,4%
26-29	8	14,8%
>30 лет	3	5,6%
Всего	54	100%

Среди взрослых больных преобладали лица мужского пола (71,9%), у которых чаще встречаются различные осложнения.

Как известно, эпидемический паротит сезонная инфекция: наибольший подъем заболеваемости наблюдается в зимние и весенние месяцы. Кыргызстан находится в зоне жаркого климата и начиная с мая устанавливается теплая погода, а вирусы паротита мало устойчивы к воздействию прямых солнечных лучей. Так, абсолютное большинство (88,9%) больных с паротитной инфекцией зарегистрированы в зимне-весенний период.

По структурному составу больных паротитной инфекцией следует отметить, что среди обследованных преобладали школьники и студенты, что составило 38,9%, и 14,8% больных составили работающие лица, преимущественно возрастной группой 20-30 лет, очень мобильной, социально активной, что по всей вероятности, также связано с большим риском инфицирования.



**Рис. 3. Распределение больных с паротитной инфекцией по занятости (%).**

Изучение эпидемиологического анамнеза показало, что 37,1% больных имели контакт с больными паротитной инфекцией в учебных заведениях и в кругу семьи. В отношении прививочного статуса в 64,8% случаях он неизвестен.

В первые 2 дня от начала болезни госпитализированы 16 (29,6%) больных. Основная же масса пациентов поступала в стационар на 4-5 дни (70,4%) болезни в связи с ухудшением состояния, обусловленным вовлечением других органов и систем в патологический процесс (поджелудочная железа, тестикулы, центральная нервная система).

Паротитная инфекция у госпитализированных больных, в основном, протекала в среднетяжёлой (74,1%) и тяжёлой формах (18,5%). Лёгкая форма заболевания зарегистрирована только у 7,4% и они были госпитализированы по эпидемиологическим показаниям (из закрытых детских коллективов и военнослужащие).

Анализ историй болезней взрослых больных с паротитной инфекцией показал, что в 48,1% случаев встречается изолированное поражение слюнных желёз – паротит и возрастает число множественных поражений железистых органов (50%). Необходимо отметить высокую частоту сочетания паротита и орхита (40,7%).

Таблица 3

Характеристика клинических форм паротитной инфекции у взрослых, госпитализированных в 2015-2017 годы

Клинические формы	Абсолютное число (n= 54)	% встречаемости клинических форм
Паротит	26	48,1%
Паротит + панкреатит	5	9,3%
Паротит + орхит	22	40,7%
Паротит + менингит	1	1,9%

При оценке тяжести клинических форм паротитной инфекции ориентиром служили степень выраженности и продолжительность симптомов интоксикации и местных изменений. При множественном поражении железистых органов и комбинированной форме – диспепсические явления, степень выраженности неврологической симптоматики, уровни диастазы крови.

Паротитная инфекция у взрослых лиц, также как и у детей, начиналось остро с признаков интоксикации и поражения околоушных слюнных желёз. С первых дней болезни у абсолютного большинства взрослых (92,6%) с паротитной инфекцией отмечалось повышение температуры тела, и только у единичных больных лихорадка отсутствовала.

У взрослых чаще регистрировалась лихорадка выше 38-39°C, а длительность её была в среднем 5,3±1,1 дня. Часто отмечались такие признаки интоксикации, как слабость (77,8%), снижение аппетита (90,7%), головная боль (75,2%), рвота (38,9%).

При осмотре полости рта у больных обнаруживалась отёчность слизистых оболочек, особенно вокруг слюнного протока – положительный симптом Мурсона, который был установлен у 26 (48,1%) больных. При изолированной форме паротитной инфекции, почти у всех взрослых больных (92,6%) отмечалось двустороннее поражение околоушных слюнных желёз. Околоушные слюнные железы оставались увеличенными в среднем в течение 8,3±2,4 дней, после чего происходило постепенное уменьшение их размеров.

Поражение половых желёз в сочетании с паротитом зарегистрировано у 22 (40,2%) мужчин, при этом 81,8% были молодые люди от 15 до 20 лет. У 15 мужчин (68,2%) орхит был односторонним, у 7 (31,8%) – двусторонним. Орхит проявлялся болезненностью в области поражённых яичек, отёком и гиперемией мошонки, повышением температуры тела и ухудшением общего состояния. У 18 (81,8%) мужчин с паротитным орхитом первые признаки поражения репродуктивных органов появились на 4-6 день заболевания, у 4 (18,2%) – на 7-10 день болезни. Явления орхита держались в среднем 9,7±2,6 дней.

Частота развития панкреатита, по данным различных авторов, варьирует в широких пределах – от 2 до 50%, чаще он развивается у детей и подростков, может протекать бессимптомно и диагностируется только на основании повышения активности амилазы и диастазы в крови и моче. В наших исследованиях сочетание панкреатита с поражением других железистых органов установлены у 5 (9,3%) больных. В большинстве случаев (60%), клинические симптомы панкреатита у больных были слабо выражены, и единственным опорным диагностическим признаком было повышение уровня диастазы в крови (80%). Панкреатит обычно развивался на 4-5-й день болезни. В поздние сроки, со второй недели паротитной инфекции, панкреатит возникал в 10%. Симптомы панкреатита отмечались на фоне увеличения околоушных слюнных желёз. У больных наблюдалась тошнота (60%), многократная рвота (20%), интенсивная боль, опоясывающего характера в средней части живота (40%), и жидкий, переваренный стул, без патологических примесей до 2-3 раз в сутки (20%). Значительное повышение активности диастазы у больных сохранялось в среднем 8,1±1,5 дней, тогда как клинические симптомы острого панкреатита исчезали уже через 5,3±2,9 дней.

Поражение центральной нервной системы в виде серозного менингита отмечено лишь в одном случае (1,9%).

Среднее пребывание в стационаре больных с паротитной инфекцией составило 8,9±1,9 дней.

Таким образом, для ликвидации и предупреждения распространения инфекции есть только один надёжный способ - достижение стабильно высокого охвата детского населения прививками против эпидемического паротита. Учитывая осложнения и неблагоприятные последствия в исходе паротитной инфекции у переболевших, необходимо ориентировать лиц молодого возраста (15-20 лет) на иммунизацию против данной инфекции.

#### **Выводы**

1. В анализируемый период наблюдений 2015-2017 гг. по сравнению с данными за 2013-2014 г заболеваемость паротитной инфекцией снизилась в три раза, но продолжается её рост среди взрослых с пиком в возрастной группе 15-20 лет (59,2%), при этом мужчины в 1,5 раза чаще болеют, чем женщины, с традиционной зимне-весенней сезонностью.
2. У большинства пациентов (74,1%) заболевание протекало в средне-тяжелой форме с множественным поражением железистых органов, чаще паротит с орхитом (40,2%) среди возрастной группы 15-20 лет с выраженной интоксикацией, яркими симптомами местного воспаления.
3. С профилактической целью необходимо вакцинация против паротитной инфекции неиммунных лиц молодого возраста (15-20 лет)

#### **Литература**

1. Нестеров А.Е., Мальшева Т.В., Игнатъев Г.М. Эпидемический паротит у взрослых // *Эпидемиологические и инфекционные болезни*. - 2008. - № 3. - С. 52-54.
2. Тимченко В.Н. *Эпидемиологический паротит – эволюция, причина бесплодного брака, современная терапия, экстренная профилактика*. СПб., 2007., 261 с.

3. Терентьева Ж.В., Лялина Л.В., Пожидаева Л.Н. и др. Актуальность проблемы эпидемического паротита среди взрослого населения // Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями: Матер. междунар. конф. / Под ред. А.Б. Жебруна. - СПб., 2010. - С.98-99.
4. Мусаев А.Т., Ералиева Е.Т., Усерова М.К. Особенности эпидемического паротитного менингита // Вестник Каз НМУ.- 2015.-№4.- С.76-78
5. R. Hanna-Wakima, L.L. Yasukawa, P. Sung et al. Immune responses to mumps vaccine in adults who were vaccinated in childhood // J. Infect. Dis. - 2008. - Vol.197, N12. - P.1669-1675.

### **ХРОНИЧЕСКИЙ ДИССЕМНИРОВАННЫЙ (ГРАНУЛЕМАТОЗНЫЙ) КАНДИДОЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**Койбагарова А.А., Балтабаев М.К., Усубалиев М.Б., Эрнисова М.Э.**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** в статье описан редкий клинический случай тяжелого хронического гранулематозного кандидоза у ребенка пятнадцати лет в динамике, с дебютом заболевания в младенческом возрасте и поздней диагностикой в 6 лет с поражением волосистой части головы, лица, туловища, кистей, протекавшего на фоне сопутствующей железодефицитной анемии и аскаридоза. Спустя 9 лет от момента первой госпитализации у больного наблюдалось обострение процесса с распространенным поражением кожи лица, груди и была представлена бляшками с массивными корками и чешуйками на поверхности. Получен хороший эффект от проведения комплексного лечения флуконазолом, витаминными препаратами и местной терапией эскадермом, 10% серно-салициловой мазью.

**Ключевые слова:** хронический гранулематозный кандидоз, аскаридоз, железодефицитная анемия, флуконазол.

### **ӨНӨКӨТ ТАРКАЛГАН (ГРАНУЛЕМАТОЗДУК) КАНДИДОЗ: УЗАК КЛИНИКАЛЫК УЧУРГА БАЙКОО ЖҮРГҮЗҮҮ**

**Койбагарова А.А., Балтабаев М.К., Усубалиев М.Б., Эрнисова М.Э.**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** макалада өтө сейрек кездешүүчү, он беш жашар баланын өнөкөт гранулематоздук кандидозунун клиникалык учуру динамикада каралган. Дарт ымыркай кезинде эле пайда болуп, 6 жаш курагында гана аныкталган жана баштын чач капталган бөлүгүндө, тулку бойдо, колдун манжаларында жайгашып, темир жетишсиздик анемия жана аскаридоз менен коштолгон. Тогуз жыл өткөндөн кийин оору кайрадан козголуп массивдүү кабырчыктар жана карттар менен капталган түйүндөр пайда болгон. Флуконазолдун, витаминдик дары-дармектердин комплекстүү дарылоосунан жана эскадерм, 10% күкүрт-салицилдик майын аймактык колдонуудан жакшы натыйжа чыккан.

**Негизги сөздөр:** өнөкөт гранулематоздук кандидоз, аскаридоз, темир жетишсиздик анемия, флуконазол.

### **CHRONIC DISSEMINATED (GRANULEMATOUS) CANDIDIASIS: CLINICAL CASE OF LONG-TERM OBSERVATION**

**Koibagarova A. A., Baltabaev M.K., Usubaliev M.B., Ernisova M.E.**  
Kyrgyz State medical academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Abstract:** the article describes a rare clinical case of severe chronic granulomatous candidiasis in a child of fifteen years in dynamics, with the onset of the disease in infancy and late diagnosis at 6 years with lesions of the scalp, face, trunk, and brushes that accompanied the accompanying iron deficiency anemia and ascariasis. After 9 years from the moment of the first hospitalization, the patient experienced an aggravation of the process with a widespread lesion of the facial skin, breasts and was represented by plaques with massive crusts and scales on the surface. A good effect was obtained from complex treatment with fluconazole, vitamin preparations and local therapy with an «Eskaderm», 10% sulfur salicylic ointment.

**Keywords:** chronic granulomatous candidiasis, ascariasis, iron deficiency anemia, fluconazole.

**Введение.** В последние годы в структуре заболеваемости микозами населения развитых стран произошли сдвиги в сторону увеличения доли болезней, обусловленных условно-патогенными гри-

бами; основное место среди них занимает кандидоз [1]. Кандидоз, по общепринятой терминологии, является одной из актуальных проблем медицинской микологии, прежде всего из-за широкой распространенности, сложности диагностики и патогенеза, а также подхода к терапии и профилактике.

Хронический гранулематозный кандидоз (ХГК) - особая разновидность хронического кандидоза, отмечаемая чаще у детей на фоне различных иммунных нарушений [2,5]. Общими для данного заболевания признаками являются: начало в раннем детстве с последующей генерализацией; полисистемность поражения, депрессия Т-звена иммунологического надзора, эндокринопатии, длительность, упорство течения, устойчивость к лечению [3,7]. Процесс дебютирует поверхностными вариантами кандидоза кожи, слизистых оболочек (стоматит, межпальцевая эрозия, паронихии). ХГК впервые был описан в 1929 году учеными Е.С. Thorp и Н.Е. Hendley. В 1930 г. микоз был выделен в самостоятельную нозологическую форму под названием «распространенный дрожжевой дерматит» В.Ю. Мронговиусом и М.С. Башкевичем. Широкое изучение этого заболевания произошло в 50-60-е годы прошлого века. Синонимами заболевания являются кожно-слизистый кандидоз, кандидозная гранулема, эндокринно-кандидозный синдром. ХГК часто обусловлен врожденным дефектом Т-клеток иммунной системы. Нарушения В-клеточного иммунитета у больных ХГК встречаются значительно реже. У пациентов наблюдается кожная анергия к *Candida*, отсутствие пролиферативного ответа на антиген *Candida* (при наличии нормального пролиферативного ответа на митогены) и адекватного ответа антител на *Candida* и другие антигены. Отмечается снижение уровня интерлейкина-2 и гамма-интерферона и увеличение секреции клетками лимфоидной системы интерлейкина-6 [4,8]. Хронический гранулематозный кандидоз часто ассоциируется с аутоиммунными проявлениями, чаще всего – эндокринопатиями. Заболевание так же встречается у лиц, страдающих пиодермиями, диссеминированной туберкулезной инфекцией, недостаточностью микроэлементов [5].

Персистирующие и рецидивирующие течение инфекции кожи и слизистых оболочек кандидозной этиологии часто проявляются как вторичные заболевания у пациентов с ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом, неоплазиями, болезнями с длительным применением антибиотиков или иммуносупрессивных препаратов, а также при первичных иммунодефицитах с поражением Т-клеточного звена иммунитета: тяжелый комбинированный иммунодефицит, дефицит CD25, синдром Ди Джорджи, атаксия-телеангиэктазия [6,9].

*Приводим клиническое наблюдение хронического гранулематозного кандидоза.*

Больной Ю.М. 2002 г. рождения поступил в КДО РКВД 28 ноября 2008 г. с жалобами на наличие роговых разрастаний в области лица, волосистой части головы, туловища, кистей, сопровождающихся умеренным зудом.

*Анамнез заболевания.* Мальчик болен с двухмесячного возраста, часто страдал простудными заболеваниями, фурункулезом, отставал в физическом развитии. Родился от второй беременности, вторых родов; мать во время беременности страдала анемией, отеками нижних конечностей. Ребенок родился в срок в легкой асфиксии с массой тела 3000 г. На втором месяце жизни во время патронажа участковым педиатром выявлен кандидоз в виде творожистого налета на слизистой оболочке полости рта. В пятимесячном возрасте больной лечился в стационаре по поводу двусторонней бронхопневмонии тяжелой формы с обструктивным синдромом. В шестимесячном возрасте ребенок был отнят от груди, так как у матери была тяжелая форма ОРВИ. В этом возрасте у ребенка стали появляться роговые разрастания на волосистой части головы, лице, туловище и верхних конечностях. По поводу рецидивирующего кожного процесса ребенок долгое время лечился у народных целителей, но без особого эффекта. Ребенок плохо питался, отставал в развитии, неоднократно лечился у дерматолога, хирурга и онколога по поводу множественных роговых разрастаний без определенного диагноза и терапевтического эффекта. По поводу гиперкератоза кожи неясного генеза пациенту была оформлена инвалидность второй группы. Роговые разрастания периодически отпадали, но появлялись новые элементы. В возрасте 2 лет 7 мес. ребенок переболел вирусным гепатитом А.

*Локальный статус от 28.11.2008 г.* На коже волосистой части головы, щеках, носу, подбородке, спине, груди и кистях имеются множественные разрастания коричнево-черного цвета в виде массивных очагов гиперкератоза, плотно сидящих на основании (рис. 1,2). Роговые элементы располагаются также на ушных раковинах и веках. В местах отсутствия гиперкератоза наблюдаются яркие воспалительные эритематозные пятна, сопровождающиеся незначительным зудом. На волосистой части головы имеется диффузная алопеция. Ногтевые пластины на пальцах кистей отсутствуют, наблюдаются колбовидное утолщение фаланг и выраженная гиперемия кожи околоногтевых валиков, из которых при надавливании выделяются капельки гноя.



Рис. 1а, 1б. Больной в день поступления. Множественные роговые элементы на волосистой части головы и лице, диффузная алопеция.

На среде Сабуро выделена культура грибов *Candida albicans*. В анализе кала обнаружены оплодотворенные яйца *Ascaris lumbricoides*. Гистологическое исследование биоптата кожи с очага поражения выявил: гиперкератоз, местами акантоз, воспалительный инфильтрат в дерме, состоящий из лимфоцитов, плазмочитов, гистиоцитов с примесью нейтрофилов. На основании клинико-лабораторного обследования больному был поставлен клинический диагноз: хронический диссеминированный (гранулематозный) кандидоз.

Получил комплексное лечение: этиотропное (флуконазол по 50 мг ежедневно в течение 2 недель), патогенетическое (витамин В1 5% по 0,5 мл внутримышечно, через день №10; витамин В6 – 5% 0,5 мл внутримышечно, че-рез день №10; калия йодид 3% по 1 чайной ложке 3 раза в день 14 дней; микстура Павлова по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 10 дней; ретинола ацетат 33 000 МЕ по 1 капсуле 2 раза в день; ранферон – 12% по 5 мл 3 раза в день на протяжении 13 дней; декарис по 50 мг на протяжении 3 дней (в дальнейшем повторный трехдневный курс в той же дозировке) и местное: 5% салициловая мазь + крем эскадерм (в пропорции 1 столовая ложка и 1 чайная ложка). На 19-е сутки от начала лечения кожа очистилась от роговых наслоений, оставались воспалительные гиперемированные пятна (рис. 2) которые исчезли через пять месяцев. Пациент с улучшением состояния был выписан на 20-е сутки, и была назначена только наружная терапия топическими антимикотиками и кератолитическими мазями.



Рис. 2. Больной на 19-й день лечения. Кожные покровы очистились от роговых элементов. Сохраняются воспалительные гиперемированные пятна в области лица и волосистой части головы.

*Состояние больного в динамике:*

Пациент ежегодно лечился в кожном отделении РЦДВ, получал общеукрепляющую терапию, витаминные препараты, из-за наличия мелких единичных папулезных элементов с шероховатой поверхностью наружно смазывали 10% серно-салициловой мазью, которые после 10-12-дневной экспозиции выпадали. Пациент с улучшением состояния выписывался домой, был на диспансерном учете в ЦСМ по месту жительства у врача-дерматовенеролога.

29.09.2017 г. больной госпитализирован в связи с обострением. Предъявляет жалобы на высыпания в виде чешуек, массивных корок на коже лица, груди; периодический кашель, слабость.

*Локальный статус от 29.09.2017г.* Дерматоз хронический, распространенный. Локализуется на коже правой половине лица с переходом на левую (область лба, периорбикулярно, щеки, подбородок) и груди. Очаги представлены бляшками больших размеров с четкими границами, географических очертаний. Цвет бляшек красно-синюшный, покрыт массивными импетигиозными грязно-серого цвета ороговевшими корками и чешуйками (рис. 3,4).



Рис. 3а, 3б. Больной в день поступления. Инфильтрированная бляшка на правой половине лица с переходом на левую, массивные ороговевшие корки и чешуйки.



Рис.4. Больной в день поступления. Инфильтрированная бляшка на правой половине грудной клетки, массивные ороговевшие корки и чешуйки, периферический возвышающийся валик.

*Лабораторные и инструментальные данные от 30.09.2017 г.* ОАК: Нв - 129г/л, эритроциты -  $3,9 \cdot 10^{12}/л$ , ЦП - 0,9, лейкоциты -  $13,2 \cdot 10^9$ , Э-1, П-4, С-61, лимфоциты - 20, моноциты - 11, СОЭ - 32 мм/час; ОАМ: уд. вес - 1017, белок - отр., эпителий - ед. в п/зр., лейкоциты - ед. в п/зр.

*Консультация фтизиатра:* Туберкулез исключен. Реакция Манту - отрицательная.

На основании клинико-лабораторного обследования больному поставлен клинический диагноз: Кандидоз кожи и ногтей (хронический диссеминированный гранулематозный кандидоз).

Больной получил следующее лечение: флуконазол по 100 мг 1 раз в день в течение 2 недель; аскорутин по 1 табл. 3 раза в день, 10 дн.; аевит по 1 капс. 3 раза в день, 10 дн.; цефтриаксон 1,0 в/м 2раза в день 7дней. Местно: 10% серно-салициловая мазь; эскадерм крем; фукорцин раствор на трещины; 10% ихтиоловая мазь. На 16-сутки кожные покровы очистились от ороговевших корок и чешуек. Получен хороший эффект от проведения противогрибкового лечения флуконазолом, общеукрепляющей терапии и наружного лечения эскадермом и серно-салициловой мазью (рис. 5а, 5б).



Рис. 5а, 5б. Больной в день выписки (16-сутки). Кожные покровы очистились от ороговевших корок и чешуек, уплощение инфильтративных бляшек.

**Выводы.** Особенность приведенного клинического наблюдения хронического гранулематозного кандидоза заключалась в поздней (на 6-м году жизни ребенка) диагностике заболевания, наличии множественных бляшек с роговыми наслоениями на коже головы, туловища и конечностей, поражении ногтевых пластин на пальцах кистей. Причиной возникновения кандидоза могли стать дефицит железа в организме и, возможно, иммунные нарушения, о чем свидетельствует наличие в анамнезе частых простудных заболеваний и фурункулеза. Тяжесть течения болезни усугублялась наличием глистной инвазии. Несвоевременная диагностика привела к развитию диффузной алопеции, явившейся результатом рубцовой атрофии кожи, возникшей после разрешения гранулем.

Получен хороший терапевтический эффект от проведения этиотропной терапии флуконазолом, общеукрепляющего и антигельминтного лечения. После первой госпитализации больной ежегодно лечился в РЦДВ. Иммунодефицитное состояние периодически приводит к обострению кандидоза как в последнем случае, причем с выраженной клинической симптоматикой.

#### **Литература:**

1. Антоньев, А.А. Кандидоз кожи и слизистых оболочек / А.А. Антоньев, Л.А. Бульвахтер, Л.К. Глазкова. - М.: Медицина. -1985. - 16 с.
2. Herrod, H.G. Chronic mucocutaneous candidiasis in childhood and complications of non-Candida infection: a report of the Pediatric Immunodeficiency Collaborative Study Group. *J Pediatr. Mar 1990. Vol. 116. № 3. P. 377-82.*
3. Быков В.Л. Патогенез и морфогенез кандидоза при иммунодепрессии // *Архив патологии.* - 1990. - Т. 52, №11. - С. 67-70.
4. Netea M.G., Marodi L. Innate immune mechanisms for recognition and uptake of *Candida* species // *Trends Immunology.* - 2010. - V. 31. - P. 346-353.
5. Балтабаев, М.К. Кандидоз кожи и слизистых оболочек: методические рекомендации / М.К. Балтабаев, М.Б. Усубалиев. - 2012. - 37 с.
6. Чернишова Л.И. Хронічний шкірно – слизовий кандидоз як первинний імунodefіцит у дітей / А.В. Бондаренко, А.П. Волоха // *Здоровье ребенка.* - 2013. - №2. - С. 113
7. Harms M. KID syndrome (keratitis, ichthyosis, and deafness) and chronic mucocutaneous candidiasis: case report and review of the literature / Harms M. Gilardi S., Levy P.M., and Saurat J.H. // *Pediatric Dermatology.* - 1984. P. 1-7.

8. *Lilic D. New perspectives on the immunology of chronic mucocutaneous candidiasis // Curr. Opin. Infect. Dis. - 2002. Vol. 15, № 2. P. 143-7.*
9. *Kirkpatrick CH. Chronic mucocutaneous candidiasis. Pediatr Infect Dis J. - 2001. Vol. 20, №2. P. 197-206.*

## **РОЛЬ МИКОПЛАЗМ В РАЗВИТИИ ПАТОЛОГИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА**

**Осмоналиев М.К., Мадрахимова А.А.**

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

**Резюме:** в статье приведены данные современной литературы о роли микоплазм (уреаплазм) в развитии патологии урогенитального тракта.

**Ключевые слова:** генитальные микоплазмы, уреаплазмы, заболевания урогенитального тракта.

## **ЗААРА БӨЛҮП ЧЫГАРУУ ЖАНА ЖЫНЫС СИСТЕМАЛАРЫНЫН ООРУЛАРЫНЫН КЕЛИП ЧЫГУУСУНДА МИКОПЛАЗМАНЫН РОЛУ**

**Осмоналиев М.К., Мадрахимова А.А.**

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

**Резюме:** макалада заара бөлүп чыгаруу жана жыныс системаларынын ооруларынын келип чыгуусунда микоплазманын (уреаплазманын) ролу жөнүндө заманбап адабият булактарынан алынган маалыматтар берилген.

**Негизги сөздөр:** гениталдык микоплазмалар, уреаплазмалар, заара бөлүп чыгаруу жана жыныс системаларынын оорулары.

## **THE ROLE OF MYCOPLASMAS IN THE DEVELOPMENT OF THE PATHOGENESIS OF THE UROGENITAL TRACT**

**Osmonaliev M.K., Madrakhimova A.A.**

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

**Resume:** This article provides information from modern literature on role of mycoplasma (ureaplasma) in development of urogenital tract pathology.

**Key words:** genital mycoplasma, ureaplasma, urogenital diseases.

### **Введение**

Несмотря на достижения современной медицины, открытым остается вопрос о роли генитальных микоплазм, которые, по данным различных эпидемиологических исследований, часто обнаруживаются у женщин репродуктивного возраста: *Ureaplasma spp.* – 40-80%, *Mycoplasma hominis* – 5-49%, *M. genitalium* – 0,7-1% [11,12,13,14]. Следует отметить, что во время беременности частота обнаружения уреаплазм увеличивается в 1,5-2 раза. [10]

Мнения ученых разделились и носят порой разносторонний и противоречивый характер, что связано в первую очередь с отсутствием единой методологией подхода к изучению проблемы.

Ряд авторов полагают, что генитальные микоплазмы при определенных условиях могут быть причастны к таким осложнениям беременности и родов, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела, послеродовый эндометрит [11, 12]. Другие исследователи придерживаются абсолютно противоположного мнения, утверждая, что данные микроорганизмы не более чем комменсалы и не оказывают никакого неблагоприятного воздействия на течение беременности, родов и послеродового периода [13,14,15,16,17].

Существует также мнение, что определяющую роль в патогенезе неблагоприятного воздействия генитальных микоплазм на мать, плод и новорожденного играет не столько сам факт обнаружения данных микроорганизмов в половых путях матери, сколько степень их колонизации, т.е. чем выше концентрация генитальных микоплазм, тем чаще наблюдаются преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды, рождение детей с низкой массой тела, послеродовый эндометрит, увеличивается частота вертикальной передачи инфекции.

Условным количественным значением, предполагающим развитие указанных осложнений, принято считать превышение концентрации  $10^4$  КОЕ/мл [18, 19].

Нами предпринята попытка, дать критический анализ о роли генитальных микоплазм в развитии патологии урогенитального тракта в свете имеющейся информации.

#### **Роль микоплазм в развитии патологических процессов урогенитального тракта.**

В последние годы среди инфекций, передаваемых половым путем, на первое место вышли микоплазмы, а среди них *Ureaplasma urealyticum*. Микоплазмы – это мельчайшие микроорганизмы, занимающие промежуточное место между вирусами и бактериями. У них нет клеточной стенки, а есть лишь плазматическая мембрана. Большая пластичность дает им возможность проникать через мельчайшие поры и щели, а это является предпосылкой для персистенции инфекции и бессимптомного течения заболевания [2,3]. Местом персистенции и размножения микоплазм являются стволовые кровеносные клетки костного мозга. Микоплазмы – «мембранные паразиты». Они внедряются в фосфолипиды мембран клеток хозяина (например, лимфоциты, нейтрофилы), меняют структуру клеток, могут отделиться от клеток вместе с частью мембраны. Этот процесс продолжается долго, происходит персистенция микоплазм [1,2,3]. Особый интерес для дерматовенерологов представляют *M. genitalium*, *M. hominis*, *U. urealyticum* и *U. parvum*.

В настоящее время патогенность *M. genitalium* полностью доказана. Инфицирование *M. genitalium*, как правило, сопровождается выраженными клиническими проявлениями: у мужчин – симптомами уретрита, у женщин – уретрита и/или цервицита. По данным центра по борьбе со СПИД и инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), Вашингтонского университета, у 90% мужчин, инфицированных *M. genitalium*, на основании результатов лабораторных исследований был диагностирован уретрит, из них у  $\frac{3}{4}$  пациентов наблюдались субъективные проявления заболевания (слизисто-гнойные выделения из наружного отверстия мочеиспускательного канала, зуд, дизурия, болевые ощущения в области наружных половых органов) [3].

Согласно результатам исследования L. Mena и соавт. (2002), *M. genitalium* была обнаружена у 25% мужчин с негонококковым уретритом (НГУ) и лишь у 7% клинически здоровых лиц [5]. Сходные результаты были получены С. Gaydos и соавт. (2009): у 22% пациентов, инфицированных *M. genitalium*, отмечались специфические жалобы и/или наблюдались клинические и лабораторные признаки воспалительного процесса уретры. В то же время в группе сравнения (среди клинически здоровых мужчин) возбудитель был обнаружен лишь у 7% обследованных [6].

Согласно результатам исследований N. Dupin и соавт. (2003), J. Hilton и соавт. (2010) и других ученых, частота выявления *M. genitalium* у мужчин, больных НГУ, составляет от 10 до 25%, а бессимптомное течение инфекции наблюдается в 2-9% случаев. По данным Centers for Disease Control and Prevention (США), у 15-25% мужчин, больных НГУ, этиологическим агентом воспалительного процесса является *M. genitalium* [20].

Первые данные об этиологической роли *M. genitalium* в развитии воспалительного процесса в цервикальном канале были опубликованы в 1997 г. японскими учеными M. Uno и соавт., обнаружившими микроорганизм у 5 из 57 женщин с цервицитом, при этом ни у одной из 79 здоровых женщин он не был выявлен [22]. M. Högdahl и соавт. (2007) при обследовании 417 женщин выявили *M. genitalium* в 6,5% наблюдений и установили, что около 90% инфицированных женщин имели клинически и лабораторно подтвержденные признаки цервицита и/или уретрита [22].

В настоящее время окончательно не определена этиологическая роль *M. genitalium* в патогенезе воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Трудности в изучении данного вопроса связаны с анатомическим строением верхних отделов репродуктивной системы женщины, что не позволяет проводить крупномасштабные скрининговые исследования, а имеющаяся ограниченная информация не дает однозначного ответа на вопрос о значении *M. genitalium* в развитии ВЗОМТ.

Однако датскими учеными A. Waczynska и соавт. (2007) были проведены экспериментальные исследования по изучению структурных изменений слизистой оболочки биообразцов ткани маточных труб, инфицированных *M. genitalium*. В ходе работы было установлено, что реснички мерцательного эпителия увеличиваются в размере и/или могут приобретать разнообразную форму с утолщениями в проксимальной, дистальной или средней частях, также наблюдалось уменьшение их количества. По предположению исследователей, несмотря на то, что *M. genitalium* не способна синтезировать экзотоксины и факторы вирулентности подобно *M. pneumoniae*, ее повреждающее действие реализуется за счет выработки токсичных продуктов метаболизма, таких как перекись водорода, супероксидрадикалы, что может привести к окислительному повреждению клеточных мембран. Морфологические изменения слизистой оболочки маточных труб, вероятно, могут приводить к функциональным нарушениям кинетики мерцательного эпителия. Однако эти изменения менее выражены,

чем при инфицировании возбудителями гонококковой и хламидийной инфекций, и не влекут за собой необратимых структурных изменений (некроза, атрофии эпителиальных клеток, образования гидросальпинкса, склеротических изменений маточных труб). В то же время ученые считают, что наличие повреждающего потенциала при определенных условиях может привести к осложнениям ВЗОМТ, в том числе к трубно-перитонеальной форме бесплодия и внематочной беременности [23].

Польскими учеными В. Zdrodowska-Stefanow и соавт. (2006), проанализировавшими более 500 образцов биологического материала, полученного от женщин с воспалительными заболеваниями мочеполовой системы (вагинитом, цервицитом, уретритом, ВЗОМТ), с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом и бесплодием, было установлено, что частота выявления *Ureaplasma* spp. составила 29,8%, а *M. hominis* – 3,7%. Наибольшая инфицированность данными микроорганизмами наблюдалась у пациенток в возрасте 26-30 лет (29,2% – *Ureaplasma* spp. и 50% – *M. hominis*), что может быть связано с повышением сексуальной активности женщин в этот возрастной период [24]. Эти данные подтверждают результаты более раннего исследования J. Nunez-Troconis (1999), в котором автор при изучении биологического материала из цервикального канала шейки матки 113 женщин с различной гинекологической патологией выявил *M. hominis* и *Ureaplasma* spp. у 26 (23%) и 21 (19%) обследованных соответственно. По утверждению ученого, генитальные микоплазмы также чаще выявлялись у пациенток в возрасте 26-30 лет (у 34% обследованных), при этом 57,5% из них указывали на раннее начало половой жизни (до 20 лет) [25].

По данным В. Zdrodowska-Stefanow и соавт. (2006), среди женщин с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта, ассоциированными с *Ureaplasma* spp., 43,3% предъявляли жалобы на наличие патологических вагинальных выделений, 18,9% – на дискомфорт в области вульвы и влагалища, 10,8% – на дизурические явления, 10,8% – на боли внизу живота и лишь у 8,1% женщин наблюдалось бессимптомное течение инфекционного процесса. При этом среди больных вагинитом *Ureaplasma* spp. и *M. hominis* выявлялись у 35,8 и 4% обследованных, цервицитом – у 28,7 и 3,8% обследованных и уретритом – у 18,4 и 1,9% соответственно [24].

Ученые Санкт-Петербурга выявили взаимосвязь между воспалительными гинекологическими заболеваниями, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, а также хроническим уретритом у мужчин и биоваром *Parvo U. urealyticum* [8]. У беременных чаще выделяется биовар *Parvo*. По данным датских исследователей, он обнаружен у 90% обследованных [26], по данным немецких – в 81% [27], тогда как биовар Т-960 у первых выявлен в 7%, у вторых – в 30%. У носительниц биовара Т-960 воспаление гениталий в анамнезе было в 57%, спонтанные аборт – в 42% [27].

Специальные исследования, проведенные американскими [28] и китайскими [29] авторами, доказывают связь между инфицированием беременных уреоплазмами и развитием преждевременных родов. Наиболее частым осложнением родов было несвоевременное излитие околоплодных вод, хориоамнионит [10, 25]. Высокую положительную связь между инфицированием беременной уреоплазмой и обнаруживанием ее в околоплодных водах нашли японские авторы [30]. Установлено, что биовар *Parvo* выделяется при хориоамнионите даже при целом плодном пузыре [30].

#### **Микробиологическая диагностика**

Классический метод выявления генитальных микоплазм – *культуральный метод*.

Методы амплификации нуклеиновых кислот, в частности **ПЦР** в реальном времени, с помощью специальной аппаратуры обеспечивает количественное определение копий ДНК микоплазм или уреоплазм в материале и в настоящее время является регламентированным методом лабораторной диагностики.

Весьма перспективным на сегодняшний день является реакция транскрипционной амплификации, в частности NASBA-Real-time.

#### **Лечение микоплазменной (уреоплазменной) инфекции.**

Все микоплазмы резистентны к цефалоспорином, пенициллинам, рифампицину, налидиксовой кислоте.

*Лечение уретритов, цервицитов, вагинитов, вызванных микоплазмами (M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum):*

- Джозамицин, 500 мг 3 раза в сутки, 10 дней
- Доксициклин моногидрат, 100 мг 2 раза в сутки, 10 дней.

Альтернативным препаратом в лечении инфекции обусловленной *M. genitalium* является:

- Офлоксацин, 400 мг 2 раза в сутки, 10 дней.

При осложненной форме инфекции продолжительность лечения вышеуказанными препаратами может варьировать до 14 дней.

Лечение уретритов, цервицитов, вагинитов, вызванных микоплазмами (*M. genitalium*, *M. hominis*, *U. urealyticum*) у беременных:

- Джозамицин, 500 мг 3 раза в сутки, 10 дней (лечение проводится на любом сроке беременности).

Критерии излеченности: контроль излеченности проводится через 4 недели после окончания лечения методом ПЦР.

#### **Заключение.**

Медицинская наука постоянно и быстро развивается. Совершенствуются как методы диагностики, так и способы применения разнообразных лечебных средств. Но, несмотря на это, патогенные свойства генитальных микоплазм все еще окончательно не изучены и не определены. Частая бессимптомная колонизация гениталий этими микроорганизмами не позволяет в диагностике генитальных и неонатальных инфекций ограничиваться только выявлением *M. hominis* или *U. urealyticum*, не оценивая количественные параметры присутствия этих микроорганизмов, а главное – клинические проявления инфекции. Сложные вопросы патогенности генитальных микоплазм требуют дальнейших усилий врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, инфекционистов, венерологов и микробиологов, чтобы решить эту сложную проблему.

Необходимо создание единой концепции по ведению данного контингента пациентов, а также решение вопроса антибиотико профилактики лиц, инфицированных генитальными микоплазмами, но без клинических проявлений, для врачей практического звена, так как основная тяжесть решения данной проблемы ложится на их плечи.

#### **Литература**

1. Razin S. *Mycoplasma taxonomy and ecology* // Washington, D.C: Amer Soc Microbiol. – 199. - P. 3-22.
2. Jensen J.S. *Mycoplasma genitalium infections* // Dan Med Bull. - 2006. - N53. -P. 1-27
3. Taylor-Robinson D. *Mycoplasma genitalium: from chrysalis to multicolored butterfly* / Taylor-Robinson D., Jensen J.S. // Clin Microbiol.- 2011. - P. 498-514.
4. Mena L. *Mycoplasma genitalium infections in asymptomatic men and men with urethritis attending a sexually transmitted diseases clinic in New Orleans* / Mena L., Wang X., Mroczkowski T. F., // Clin Infect Dis. -2002. – P.1167–1173.
5. Gaydos C. *Mycoplasma genitalium compared to chlamydia, gonorrhoea and trichomonas as an aetiological agent of urethritis in men attending STD clinics* / Gaydos C., Maldeis N. E., Hardick A. // Sex Transm Infect. - 2009. - P.438-440.
6. Осмоналиев М.К. Доксицилин в терапии больных со смешанной гонорейно-микоплазменной инфекцией: автореф. дис., канд. мед. наук: 1983 / Осмоналиев М. К.; Кыргызская мед. ак-я им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек: 1983. – 20 с.
7. Baczynska A. *Morphology of human Fallopian tubes after infection with Mycoplasma genitalium and Mycoplasma hominis – in vitro organ culture study* // Hum Reprod. - 2007. - P. 968-979.
8. Кошелева Н.Г. Беременность и ее исход при урогенитальном хламидиозе и уреоплазмозе. // Журнал акушерства и женских болезней. - Ст-Петербург, 2001. - С. 17-20.
9. Ben'kovich A.S *Infection M. genitalium: clinical features, diagnosis, treatment.* / Ben'kovich A.S., Shipitsyna E.V., Savicheva A.M.// Ginekologiya 2009. - N 11 (3). – P. 4-9.
10. Sukhorukova M.V. *Ureaplasma urealyticum: clinical significance of urogenital infections, approaches to diagnosis and therapy* // Consilium Medicum. – 2009. - N 11 (7).- P. 42-5.
11. Jensen J.S. *Mycoplasma genitalium infection* // Dan. Med. Bull. – 2006. - N53. – P. 1-27.
12. Waites K.B. *Mycoplasmas and Ureaplasmas as neonatal pathogens* / Waites K.B., Katz B., Schelonka R.I. // Clin. Microb. Rev. - 2005. - P. 757-89.
13. Escenbach D.A. *Ureaplasma urealyticum and premature birth* // Clin. Infect. Dis. - 1993. - P.100–6.
14. Gravett M.G. *Possible role of Ureaplasma urealyticum in preterm premature rupture of fetal membranes* / Gravett M.G., Escenbach D.A. // Pediat. Infect. Dis. -1986. - P. 253-57.
15. *Amnionitis with Ureaplasma urealyticum or other microbes leads to increased morbidity and prolonged hospitalization in very low birth infants* [Kirchner L. et al.] // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2007. - N 134 (5). - P. 44-50.
16. Labbe A.C. *Mycoplasma genitalium is not associated with adverse outcomes of pregnancy in Guinea-Bissau* / Labbe A.C., Frost E., Deslandes S.// Sex. Transm. Infect. - 2002. - P. 289-91.
17. Taylor-Robinson D. *The role of mycoplasmas in pregnancy outcome* // Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynecol. - 2007. - P. 425-38.
18. Dupin N. *Detection and quantification of Mycoplasma genitalium in male patients with urethritis* // Clin Infect Dis. - 2003. - N 37. - P. 602-605.
19. Högdahl M. *Leucocyte esterase testing of first-voided urine and urethral and cervical smears to identify Mycoplasma genitalium-infected men and women* / Högdahl M., Kihlström E. // Int J STD AIDS. - 2007. - P. 835-838.

20. Witt A. Increased intrauterine frequency of *Ureaplasma urealyticum* in women with preterm labor and preterm premature rupture of the membranes and subsequent cesarean delivery / Witt A., Berger A., Gruber C.J. et al. // *Am J Obstet Gynecol.* - 2005. - P. 1663-1669.
21. Nunez-Troconis J.T. *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in different gynecologic diseases. // *Invest Clin.* - 1999. - № 40. - P. 9-24.
22. Shigehara K. Prevalence of genital *Mycoplasma*, *Ureaplasma*, *Gardnerella* and human papillomavirus in Japanese men with urethritis, and risk factors for detection of urethral human papillomavirus infection / Shigehara K., Kawaguchi S., Sasagawa T. // *J Infect Chemother.* - 2011. - P. 487-492.
23. Abele-Horn M. High-density vaginal *U. urealyticum* colonization as a risk for chorioamnionitis and preterm delivery / Abele-Horn M., Wolff C., Dressel P. // *J Clin Microbiol.* - 2000. - 183 p.
24. Maniloff G. *Mycoplasmas: molecular biology and pathogenesis* / Mc Elhaney R.N., Finch Z.R // Washington: Society for Microbiology. - 1992. - P. 525-545.
25. Mei S. Роль генитальных микоплазм в развитии преждевременных родов и выкидышей в I триместре беременности / Mei S., Wang J. // *J Clin Microbiol.* - 1997. - P. 302-304.
26. Keski-Nisula L., Kirkinen P. et al. // *Am J Perinatol.* - 1997. - N14. - P. 151-156.

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ (по материалам ОРИТ РКИБ)**

**Джангазиева А.А., Кочкорбекова С.К., Рачинский В., Аширова А.,  
Зикиряева А., Карыпчаева А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра инфекционных болезней  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье проведен анализ этиологической структуры тяжелых форм вирусных гепатитов на примере пациентов, госпитализированных в отделение реанимации Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г. Бишкек. Подробно изучены возрастной аспект заболевших, эпидемиологический анамнез, клиническая картина, влияние сопутствующей патологии и данные лабораторных исследований. Выявлено превалирование (37%) недифференцированных вирусных гепатитов (НДВГ), над гепатитами другой этиологии, с наибольшей частотой (92,9%) летальных исходов.

**Ключевые слова:** вирусные гепатиты, тяжелое течение, сопутствующая патология, ОПЭ, исходы.

## **ВИРУСТУК САРЫКТАРДЫН ООР ТҮРЛӨРҮНҮН ЭТИОЛОГИЯЛЫК ТҮЗҮЛҮШҮ ЖАНА КЛИНИКАЛЫК АНАЛИЗДЕРИ**

**(РКЖОнун жандандыруу бөлүмүнүн материалдары боюнча)**

**Джангазиева А.А., Кочкорбекова С.К., Рачинский В., Аширова А.,  
Зикиряева А., Карыпчаева А.**

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

**Корутунду:** Бул макалада Бишкек шаарындагы Республикалык клиникалык жугуштуу ооруканасында (РКЖО) дарыланган бейтаптардын мисалында вирустук сарыктын оор түрлөрүнүн этиологиялык түзүлүшүнүн анализи жүргүзүлдү. Оорулулардын жаш курак аспекти, эпидемиологиялык анамнези, клиникалык белгилери, кошумча оорулары, лабораториялык анализдердин жыйынтыктары кеңири изилденди. Аныкталбаган вирустук сарыктардын (37%) башка этиологиядагы сарыктардын алдында үстөмдүк кылганы аныкталды, ошондой эле өлүм менен аяктаган жыйынтыгы көп кездешти (92,9%).

**Негизги сөздөр:** вирустук сарыктар, оор жүрүшү, коштогон патологиясы, боордун энцефалопатиясы (БКЭ), жыйынтыктары.

**ETIOLOGICAL STRUCTURE AND ANALYSIS OF THE CLINICAL COURSE  
OF SEVERE FORMS OF VIRAL HEPATITIS**  
(based on materials of intensive care unit of the Republican clinical infectious diseases hospital)  
**Dzhangazieva A.A., Kochkorbekova S.K., Rachinsky V., Ashirova A.,  
Zikiryaeva A., Karypbaeva A.**  
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Infectious Diseases Department  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** Abstract: the article analyzes the etiological structure of severe forms of viral hepatitis on the example of patients admitted to the intensive care unit of the Republican clinical infectious diseases hospital in Bishkek. The age aspect of the sick, epidemiological anamnesis, clinical symptoms, concomitant pathology laboratory data were studied in detail. Identified the prevalence (37%) undifferentiated viral hepatitis, hepatitis of other etiology, with the highest frequency (92,9% of) deaths.

**Key words:** viral hepatitis, severe course, concomitant pathology, AHE, outcomes.

**Актуальность:** Вирусный гепатит занимает центральное место в структуре заболеваний печени. Согласно данным ВОЗ в разных странах мира инфицированность HCV составляет от 170-500 млн. и 257 млн. человек вирусным гепатитом В [5]. Несмотря, на достигнутые успехи в диагностике, лечении и профилактике вирусных гепатитов, эта проблема далека от решения. В настоящее время сохраняется высокий потенциал всех известных вирусных гепатитов (ВГА, ВГВ, ВГС, ВГД, ВГЕ). Данное обстоятельство связано с широким распространением вирусных гепатитов и глобальной тенденцией к росту инфицированности. 28 июля ВОЗ отмечает Всемирный день борьбы с вирусным гепатитом для повышения осведомленности и понимания серьезности этой болезни. В мире ежегодно умирает приблизительно 2 млн. человек от острых гепатитов, от цирроза и рака печени в исходе хронических гепатитов. 90% летальных исходов, с развитием фульминантной печеночной недостаточности, приходится на острый период болезни [4,5].

**Целью нашего исследования** явлюсь определение этиологической структуры тяжелых форм вирусных гепатитов, сопровождающихся развитием ОПЭ и их клиничко - лабораторная характеристика

**Объект исследования:** в исследование включены 39 больных с диагнозом «вирусный гепатит» осложненный ОПЭ, находящихся в реанимационном отделении РКИБ.

**Методы исследования:** Всем больным проведены серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов, общего развернутого анализа крови, биохимических показателей функциональных проб печени: уровня общего билирубина и его фракций, активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), тимоловой пробы, состояния свертывающей системы крови (ПТИ, ПТВ). Инструментальное исследование (УЗИ) органов брюшной полости с помощью аппарата «Аллока - 1400» (Япония), датчик 3,5 МГц. Тяжесть течения болезни определялась путем оценки выраженности и продолжительности клинических симптомов таких как: желтушного синдрома, симптомов интоксикации, тошноты, рвоты, геморрагического и отечно-асцитического синдромов, признаков печеночно-клеточной недостаточности. Оценку достоверности различий полученных результатов проводили, используя программу Excel 2010.

**Краткие результаты исследования, ожидаемый эффект:**

Были проанализированы 39 историй болезни пациентов с предварительным диагнозом «вирусный гепатит», госпитализированных с 2015 – по 2017 гг. в отделение реанимации с тяжелой формой. Динамическое наблюдение клинического течения и лабораторных исследований, а так же данные эпидемиологического анамнеза, позволили определить этиологическую структуру и формулировку окончательного клинического диагноза (рис. 1).

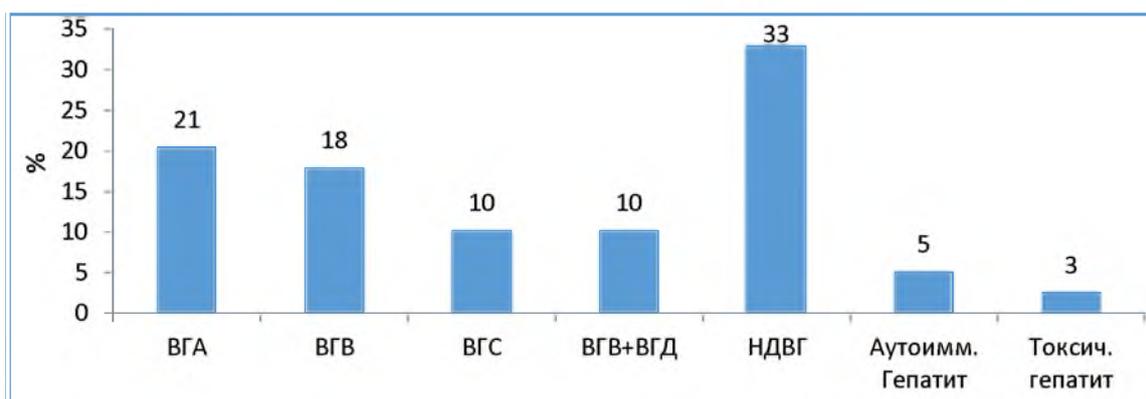


Рис.1. Этиологическая структура тяжелых форм гепатитов, ОРИТ РКИБ, 2015-2017 гг. (n=39).

В этиологической структуре гепатитов преобладающими явились недифференцированные вирусные гепатиты (НДВГ) в 33% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что среди исследуемой группы большую долю (21%) тяжелых форм составил вирусный гепатит А, несмотря на устоявшееся мнение о его легком течении. Чуть меньшую долю - 18% составил тяжелый ВГВ. По 10% из общей доли пришлось на пациентов с тяжелыми формами ВГС и суперинфекции гепатита Дельта. Также в реанимационное отделение с предварительным диагнозом «вирусный гепатит» госпитализировались 2 пациента (5%) с аутоиммунным гепатитом. У 1 пациента (3%) был тяжелый токсический гепатит.

Этиологическая структура тяжелых гепатитов отличалась в зависимости от возрастных групп (рис. 2).

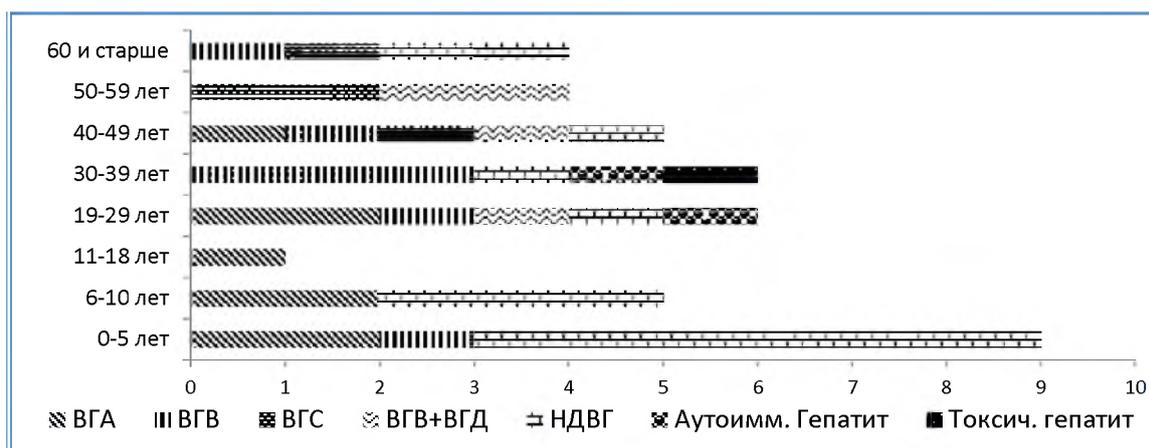


Рис. 2. Распределение пациентов с тяжелыми гепатитами по этиоструктуре в зависимости от возрастных групп.

Вирусный гепатит А в тяжелой форме диагностирован в основном у детей и лиц молодого возраста, в группе от 0 - до 29 лет и у 1 пациента 49 лет. Тяжелая форма вирусного гепатита В, как и ожидалось, была в старших возрастных группах от 19 лет и старше, а также протекал у 3-летнего ребенка, подтвержденный наличием острофазовых маркеров (HBS Ag, a-HBscore-IgM). Тяжелый ВГС выявлен у больных в возрастной группе от 40 до 60 лет и старше. Суперинфекция ВГВ+ВГД зарегистрирована у лиц от 19 лет и выше. Значительная доля тяжелых форм пришлась на пациентов с НДВГ. Девять больных из 14 с НДВГ были из возрастной группы 0-10 лет, остальные лица старшего возраста. Аутоиммунный гепатит был у двух больных с системными заболеваниями в возрасте от 19 - до 39 лет. У одного пациента 33 лет, с алкогольной зависимостью, на фоне приема парацетамола диагностирован токсический гепатит.

Клиническое течение тяжелых гепатитов при сравнении средних показателей выявило (табл.1), что самая короткая продолжительность койко-дней была при НДВГ -  $6,6 \pm 1,7$  дней и длительная при ВГА  $21,6 \pm 5,6$  дней, что четко отражает сроки развития печеночной недостаточности и летальных исходов. Средние показатели дня болезни, когда был выставлен предварительный диагноз и пациенты были направлены на госпитализацию, показали позднюю выявляемость Дельта инфекции - на  $154 \pm 108,2$  день и аутоиммунных гепатитов - на  $105 \pm 15$  день. По продолжительности интоксика-

ционного синдрома наиболее долгим он был для аутоиммунных гепатитов  $117,5 \pm 22,5$  дней и из гепатитов вирусной этиологии при Дельта инфекции  $42,3 \pm 37$  дней. Однако, при тяжелом течении ВГА интоксикация тоже удлинилась до  $27,1 \pm 6$  дней, что не характерно для неосложненных форм данной этиологии.

Таблица 1

Средние показатели продолжительности койко-дней, дня болезни и интоксикации в зависимости от этиологии

Средние показатели	ВГА (n=8)	ВГВ (n=7)	ВГС (n=4)	ВГВ+ВГД (n=3)	НДВГ (n=14)	Аутоимм. гепатит (n=2)	Токсич. гепатит (n=1)
Средн. длительность койко-дней	$21,6 \pm 5,6$	$15,9 \pm 7,6$	$10,3 \pm 3,2$	$10,3 \pm 7,9$	$6,6 \pm 1,7$	$13,5 \pm 6,5$	1
Средн. день болезни	$6,8 \pm 1$	$10,6 \pm 4,9$	$7,5 \pm 0,3$	$154 \pm 108,2$	$13,4 \pm 3,7$	$105 \pm 15$	4
Средн. длительность интоксикации	$27,1 \pm 6$	$25 \pm 7,9$	$17,5 \pm 3,2$	$42,3 \pm 37$	$18,4 \pm 3,8$	$117,5 \pm 22,5$	5

Печеночная недостаточность – тяжелое угрожающее жизни состояние, которое сопровождается развитием массивного некроза и выраженным нарушением функций печени, прогрессирующей желтухой, выраженной коагулопатией в сочетании с печеночной энцефалопатией [1,2]. Исследуемые пациенты, согласно последней классификации Американской ассоциации по изучению болезней печени (2011 г.), по срокам развития нарушений функции печени, низким показателям свертывающей системы крови и от момента появления желтухи были разделены на три группы: 1 гр. пациенты с развитием сверхострой печеночной недостаточности – 0-10 дней, 2 гр. пациенты с fulminантной печеночной недостаточностью – 10-30 дней, 3 гр. пациенты с подострой печеночной недостаточностью – 5-24 недели [3,2]. По вышеуказанным критериям исследуемые пациенты распределились следующим образом рис. 3.

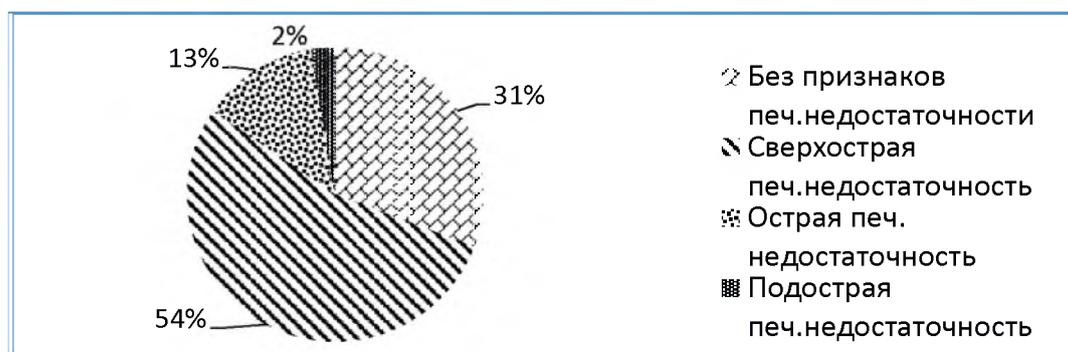


Рис. 3. Тяжелые формы гепатитов по наличию и срокам развития печеночной недостаточности, ОРИТ РКИБ, 2015-2017 гг. (n=39).

В отделение реанимации госпитализировались пациенты с тяжелыми формами заболевания, но без признаков ОПЭ – 30,8% от общего количества исследуемых больных (рис. 4).

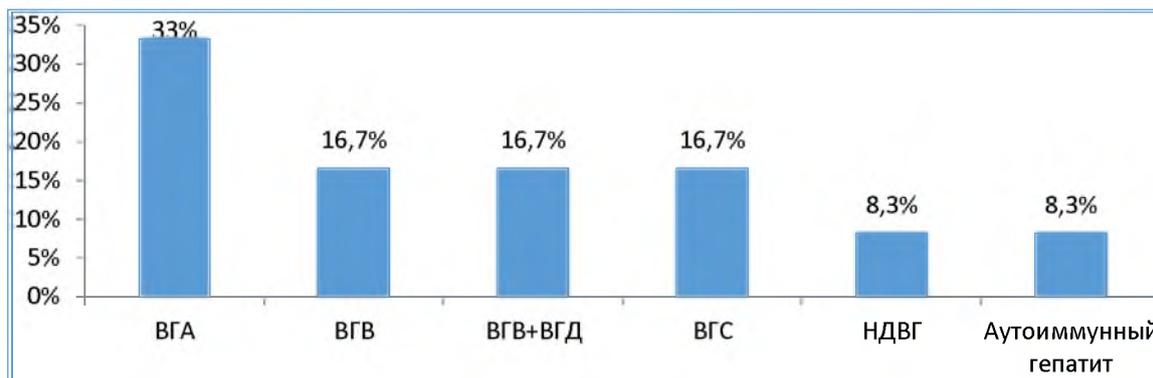


Рис. 4. Этиоструктура больных без признаков печеночной недостаточности, ОРИТ РКИБ (n=12).

Тяжесть состояния пациентов была обусловлена в 3 случаях поздней обращаемостью, а также наличием сопутствующей патологии. Так, у 4 пациентов с ВГА сопутствующими диагнозами явились: анемия 3 ст., жировой гепатоз, у двух пациентов наличием хронического холецистопанкреатита. При ВГВ тяжелое течение было обусловлено пожилым возрастом и наслоением на ХВГС. Суперинфекция гепатита Дельта у 2 больных имела неблагоприятный исход – цирроз печени, кроме этого у 1 из пациентов имелся сопутствующий ХВГС. У 6-летнего ребенка с высокой активностью aminотрансфераз и отсутствием маркеров ВГ, с клиническим диагнозом НДВГ тяжелое течение обусловила сопутствующая кишечная непроходимость. В одном случае был диагностирован аутоиммунный гепатит. Пациенты без признаков ОПЭ имели хороший прогноз и с улучшением состояния были выписаны 66,7% больных, 16,7% - с выздоровлением, но 1 больная (8,3%) с суперинфекцией гепатита Дельта скончалась от тромбоэмболии легочной артерии, и ребенок (8,3%) с кишечной непроходимостью переведен в хирургию.

Первая группа пациентов с развитием сверхострой печеночной недостаточности составила 53,8%. Этиоструктура показана на рис. 5.

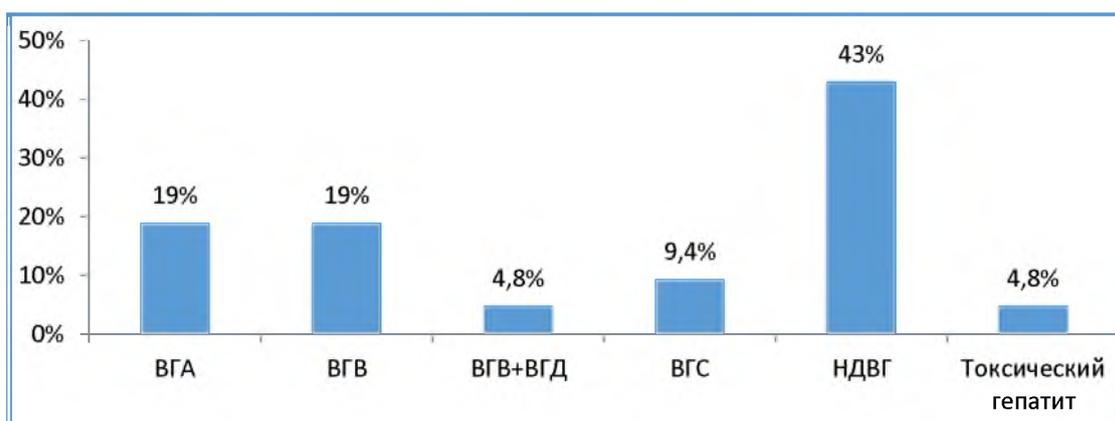


Рис. 5. Этиоструктура больных со сверхострой печеночной недостаточностью, ОРИТ РКИБ, (n=21).

Большая доля пациентов в данной группе приходится на НДВГ – 43%, по-видимому, из-за сверхострой гепатодистрофии антителообразование запаздывает, что создает трудности в этиологической расшифровке. Факторами риска развития сверхострой печеночной недостаточности явились наличие сопутствующих заболеваний гепатобилиарной системы и ЖКТ, сахарный диабет 1 типа, анемия, туберкулез легких, патологии со стороны мочевыводящей системы, внутриутробные инфекции, бактериальные заболевания органов дыхания, наслоение герпесвирусной инфекции. Клиника характеризовалась значительным нарастанием желтухи и выраженных симптомов интоксикации, признаков энцефалопатии, наличием геморрагического синдрома, когда показатели протромбинового индекса не определялись или снижались менее 50%. У половины больных перкуторно выявилась гепатодистрофия, вплоть до симптома «пустого» подреберья. Исход у данной группы пациентов в 100% случаях был летальный.

Пациенты 2-ой группы, у которых развилась острая печеночная недостаточность составили 12,8% (n=5), с НДВГ 4 человека и 1 с ВГВ. В развитии тяжести болезни, также сыграла роль сопутствующей патологии органов ЖКТ, гепатобилиарной системы, сахарный диабет, острое повреждение почек. Клинико-лабораторные проявления носили такой же тяжелый характер, что и в первой группе отличаясь лишь более поздними сроками развития признаков печеночной недостаточности. В исходах болезни также зарегистрирована 100% летальность.

Одну пациентку с аутоиммунным гепатитом, у которой развилась ОПЭ, мы выделили в 3 группу наблюдения, так как желтуха и признаки печеночной энцефалопатии появились через 1,5 месяца от начала болезни. Срок ее госпитализации – на 120 день болезни, интоксикация сохранялась в течение 140 дней, в силу позднего обращения исход в данном случае был летальный.

В целом исходы болезни по нозологическим формам представлены следующим образом рис. 6.

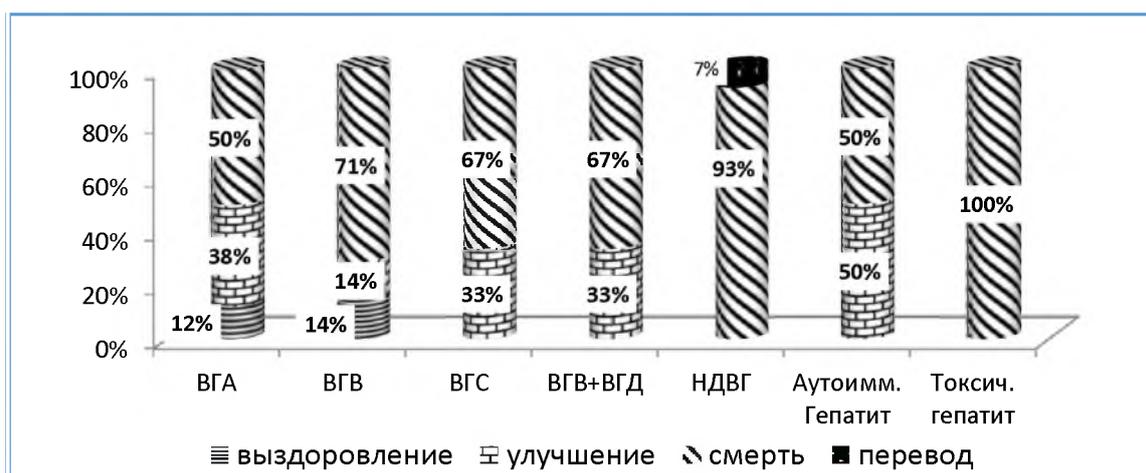


Рис. 6. Виды исходов у пациентов с различной этиологией, ОРИТ РИКБ, 2015-2017 гг.

#### Выводы:

1. Тяжелые формы гепатитов без ОПЭ были обусловлены в 33% случаев ВГА и наличием множественных сопутствующих заболеваний
2. Тяжелые формы гепатитов с развитием ОПЭ были в 69%, причем в 43% обусловлена НДВГ с развитием сверхострой печеночной недостаточности (от 0-до 10 дней), все случаи закончились летальным исходом.
3. Позднее поступление и поздняя госпитализация напрямую влияют на течение и исходы гепатитов.

#### Литература:

1. *Болезни печени и желчевыводящих путей. Руководство для врачей/ В.Т. Ивашкин. – 2-е изд. – М.: ООО «Издат. дом «М-Вести», 2005. – 536 с.: ил.*
2. *Фульминантный гепатит в реальной клинической практике. Журн. Инфекционные болезни, 2017, т. 15, №2, с. 70-74/Е.В. Эсауленко, М.В. Алексеева, А.А. Сухорук и др.*
3. *Дифференциальная диагностика и лечение печеночной энцефалопатии. Consilium Medicum. 2017; 19(8): 84-88/ Е.С. Вьючнова, С.М. Бабина.*
4. *Междисциплинарный подход к синдрому острой печеночной недостаточности. Журн. Эпидемиология и инфекционные болезни, 2017; 22 (3), стр. 144-151*
5. *Симпозиум «Острая печеночная недостаточность». Ю.В. Думанский, Н.В. Кабанова, И.Е. Верхулецкий и др. Медицина неотложных состояний №6, 2012, Стр. 85-95.*

### DIFFICULTIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF HEAD MASS IN CHRONIC PANCREATITIS. CLINICAL OBSERVATION

G. Alin – clinical resident of the Department of Radiology of the I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Aliya Kadyrova – Head of the Department of Radiology, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor.

Aziza Abdullaeva – assistant of the Department of Radiology, Candidate of Medical Sciences.

**Abstract:** Oncological vigilance towards patients with pseudotumorous pancreatitis is still accompanied by a high proportion of over diagnosis and is often the cause of overestimated indications for surgical treatment. We have given a clinical observation for those points which have difficulties of differential diagnosis of pseudotumorous chronic pancreatitis and pancreatic head cancer. The relevance of this problem is reflected. We have identified some clinical, laboratory, sono-and X-ray features of the course of pseudotumorous chronic pancreatitis.

**Key words:** Pseudotumoral, pseudotumorous pancreatitis, hyperplastic chronic pancreatitis, cancer of the head of the pancreas.

## ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГОЛОВЧАТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Г. Алин, Кадырова А.И., Абдуллаева А.А.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии

Бишкек, Кыргызстан

**Резюме.** Онкологическая настороженность по отношению к больным с псевдотуморозным панкреатитом до сих пор сопровождается высокой долей гипердиагностики и зачастую является причиной завышенных показаний к хирургическому лечению. Нами приведено клиническое наблюдение, указывающее на трудности дифференциальной диагностики псевдотуморозного хронического панкреатита и рака головки поджелудочной железы. Отражена актуальность данной проблемы. Мы выделили некоторые клинические, лабораторные, соно-и рентгенологические особенности течения псевдотуморозного хронического панкреатита и возможность благоприятного клинического его исхода после проведения изолированной дренирующей операции.

**Ключевые слова:** головчатый панкреатит, псевдотуморозный панкреатит гиперпластический хронический панкреатит, рак головки поджелудочной железы.

## УЙКУ БЕЗИНИН БАШЧАСЫНЫН ӨНӨКӨТ СЕЗГЕНИШИНИ АЙЫРМАЛООНУН ДИАГНОСТИКАЛЫК КЫЙЫНЧЫЛЫКТАРЫ. КҮНҮМДҮК ИШТЕН АЛЫНГАН КӨРҮНҮШ

Г. Алин, Кадырова А.И., Абдуллаева А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Нур менен аныктоо жана дарылоо бөлүмү

Бишкек, Кыргызстан

**Резюме.** Биздин клиникалык байкоо жүргүзүүбүз, уйку безинин башынын рак болгонун жана жалган тумордуу өнөкөт панкреатитти дифференциалдык диагностикалоодогу кыйынчылыкты көрсөттү. Бул тоскоолдуктун актуалдуулугу көрсөтүлдү. Өнөкөт жалган тумороздуу панкреатиттин клиникалык, лабораториялык, сонографиялык изилдөөнүн жана рентгенографиялык айрым бир агымын биз бөлүп бердик.

**Негизги сөздөр:** жалган тумороздуу, гиперпластикалык өнөкөт панкреатит, уйку без башынын рагы.

In diagnostic practice of Pre-operative studies of pancreas a local hypertrophy and fibrosis of glandular structures originated on the base of chronic pancreatitis. It's usually interpreted by physicians as benign or malignant neoplasms. At the same time pseudotumorous pancreatitis in most cases has same features like local hypertrophy with cystic and inflammatory transformations of pancreas, but it has diagnosed frequently only after morphological research on postoperative phase. And a major problem is present when a pancreatic head is damaged and is accompanied by mechanical jaundice and subhepatic hypertension [4,5,11,13].

In the clinical practice of oncologists one of the leading problems is the question of differential diagnosis of pseudotumorous chronic pancreatitis with malignant lesion [3,4,5,6,7,11,13]. Difficulties arise in connection with: the identity of the clinical symptoms of these diseases pain, jaundice and weight loss (classical triad) [4,5,14]; enormous interpretation of the initial changes in the pancreas obtained through Sonography, MRI, CT-scan [7,9,11,12,13]; but there is absence of specific laboratory indicators specific for head cancer and pancreatic inflammation [7,3]. Clinical-laboratory, instrumental pre-operative and even intraoperative morphological data [3,4,5,6,11,13] is not always possible to accurately determine the nature of focal pancreatic lesions, and diagnostic errors can lead to inadequate tactics of surgical treatment of a patient [11,13]. According to literature, 9.6% of patients with pancreatic tumors who underwent pancreaticoduodenectomy, histological examination shows benign tumors [11,13], in connection with which some authors, in the detection of dysplasias in the pancreas cut, recommend refraining from pancreatectomy due to its pronounced metabolic effects and the possibility of a favorable course of the process [8].

Given the nonspecific clinical picture of chronic pancreatitis, leading role in the diagnosis of pseudotumorous pancreatitis belongs to instrumental methods. The leading and paramount role belongs to transabdominal ultrasound, CT and MRI, which allows to detect volumetric processes in the gland, changes in the biliary and pancreatic ducts, and the volume of pseudo / tumor spread. However, in the literature available to us, we did not find reliable indicators of the sensitivity, specificity, and informativity of the above methods,

concerning pseudotumorous pancreatitis, since most literature on pseudotumorous pancreatitis contains a retrospective description of a limited number of clinical observations [6,7,9,14].

So to improve the differential diagnosis of pancreatic head cancer and cervical chronic pancreatitis, some authors suggest a percutaneous puncture biopsy of pseudo / pancreatic tumors [3]. However, Vinogradov V. et al. [1] believe that one should refrain from performing a percutaneous puncture biopsy of pathological foci in the pancreas, due to the danger of complications and a high percentage of false results (up to 35%). Other authors believe that this procedure is impractical, since the absence of atypical cells in the cytological material does not authentically exclude the neoplastic process, since there are situations when the pancreatic head cancer and chronic pancreatitis coexist simultaneously in one patient [14]. With pancreatic cancer develops secondary chronic pancreatitis, and against a background of gross inflammatory changes with parapancreatitis malignization is possible. It is difficult to judge the source of the pathological process. The third authors suggest the use of intraoperative ultrasound of the pancreas in patients who undergo surgical treatment, produce multiple aspiration puncture biopsies from various areas of suspected tumors with urgent cytological and histological studies in order to finally determine the nature of the pancreatic lesion [7]. According to the fourth authors, the endosonography method has positive aspects, specifying data on the presence of the smallest concretions, cysts, their location, the state of parapancreatic cellulose, the morphological evaluation of the wall of the descending section of the duodenum, the wall of choledochus, vessels [6,9,14]. During the study, it is possible to perform fine needle puncture of a solid and cystic component.

However, the authors noted that the specificity of endoscopic ultrasound for the diagnosis of small cancer against a background of chronic pancreatitis is low, the method can miss a malignant tumor against a background of pseudotumoral chronic pancreatitis [6,9,14].

Among the laboratory methods for diagnosing pancreatic cancer, radioimmune chemistry tests are of practical importance, however, data on their effectiveness are scattered and ambiguous. Cherepanov O.N. notes that in cancer of the head of the pancreas, the most informative laboratory indicators are CD 16 and CA 19-9 oncomarkers (sensitivity up to 88.6% and 90.9%, respectively), whereas in chronic pancreatitis these oncomarkers remain in limits of permissible norms [3].

The tactics of treating patients with pancreatic pathology, of course, depends on the results of differential diagnosis, the prevalence of morphological changes in the pancreas and the somatic state of patients. So, with confirmed pancreatic head cancer, the tactics of treatment are determined by the stage of the tumor process, which is characterized by its size, germination into neighboring anatomical structures, in particular, in the main vessels (portal, mesenteric veins, celiac trunk), involvement of regional lymph nodes and distant metastasis [2,15]. With pseudotumorous pancreatitis, until now, there are no uniform approaches in choosing the method of surgical treatment. Many authors continue to perform the same operations for this pathology as for pancreatic head cancer, in particular pancreatoduodenal resection. At the same time, this operation is accompanied by a decrease in the quality of life in more than 50% of patients due to serious external and intrasecretory disorders [1,2]. Isolated draining operations, in most cases, are ineffective [15].

In recent years, work has appeared that indicates the expediency of combining drainage and organ-preserving surgeries with chronic chronic pancreatitis [15]. Nevertheless, surgical tactics depend to a large extent on the experience of the oncologist surgeon, the histologist and their close interaction, since their inadequate cooperation during surgery for glandular tumors and pseudotumoral process leads to inadequate surgical intervention.

According to foreign literature in 9,6% of patients with pancreatic tumors underwent pancreaticoduodenectomy, a histological examination shows benign tumors, and therefore, some authors recommended refraining from pancreatectomy in detecting dysplasias in the pancreas cut, due to its pronounced metabolic consequences and the possibility of a favorable course of the process [8].

All of the above problems are very common in clinical practice. We provide an example of our clinical observation.

Patient B., born in 1975, in November 2016 appealed to the National Center of Oncology under the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic with complaints about icterus of skin and visible mucous membranes, darkening of urine, general weakness. At the examination (ultrasound and CT-scan of the abdominal cavity), the formation of a pancreas gland was obtained, size 83,1x77,6 mm with clear irregular contours, with cystic degenerative cavities up to 35,6 mm and foci of diffuse calcification, compaction and tightness of parapancreatic fiber around the head of the pancreas glands. In the thickness of the body and tail of the pancreas - multiple calcifications. There were signs of billiard hypertension: an increase in the gallbladder, enlargement of the intrahepatic bile ducts to 3.4 mm, a significant expansion of the common biliary and pancreatic ducts to 15.0 and 8.0 mm, respectively (Fig. 1).



Fig. 1. CT of abdominal organs of the patient B. 38 years old.

Percutaneous targeted puncture biopsy of a pancreatic head tumor under ultrasound control was performed. At a cytologic research of the received material of a malignant growth it was not revealed.

When entering the biochemical parameters of the blood, there were no abrupt changes: total protein - 77 g / l, total bilirubin - 46 mkm / l, direct bilirubin - 36 mkm / l, indirect bilirubin - 10 mkm / l, blood sugar - 3.8 mmol / l. Oncomarkers were within the permissible norms: CA 19-9 - 4.8 U / ml, CEA - 4.6Ed / ml.

The patient was exposed to a preliminary diagnosis: pancreatic head cancer T3N<sub>x</sub>M0 without morphological confirmation, mechanical jaundice.

01.11.2016 at the first stage of surgical treatment, cholecystostomy was performed to resolve mechanical jaundice. Intraoperatively, 200 ml of colorless transparent bile was obtained. The postoperative period was uneventful, hepatoprotective, infusion, restorative and symptomatic therapy was performed. Bile acquired a bright yellow color. A day was allocated up to 200 ml.

In fistulocholangiography (Fig. 2), the common bile duct was expanded in the proximal part to 1.5 cm, the distal section sharply narrowed, due to compression from the outside. The intrahepatic ducts are not changed. The contrasted 12 duodenum is also squeezed from the outside.



Fig. 2. Fistulocholangiogram of patient B., 38 years old.

After 2 weeks, the patient was surgically treated. During revision, the pancreas was enlarged all the way, compacted, with calcification sites. In the head of the pancreas a dense, immobile (punctured) pink-gray tumor was detected up to 9.0 cm, of a heterogeneous structure due to the presence of foci of cystic degeneration and calcification in its thickness. The tumor pushed the 12-colon to the right, infiltrating its wall. Mesentery of the transverse colon, parapancreatic cellulose, small omentum and hepatoduodenal ligament

were infiltrated. It was not possible to perform a thorough revision of the main vessels (portal vein, upper mesenteric vessels). The tumor was considered unresectable, and therefore cholecystoentero-, gastro-entero- and entero-enteroanastomoses were performed. The postoperative period proceeded without complications.

Histological examination of intraoperative biopsy material showed: cell proliferation without signs of atypia.

Additional treatment was not prescribed due to the lack of morphological confirmation of the malignant nature of the formation of the pancreas head. The patient was recommended to be under the supervision of an oncologist at the place of residence.

A year later, during the control examination of the patient in our center, according to the data of ultrasound and the RCT of the abdominal organs, positive dynamics of the course of the disease was noted. Tumor of the pancreas head decreased in size to 50.0 × 39.1 mm (almost 2 times) with a decrease in the size and number of cavities of cystic degeneration, the total biliary and pancreatic ducts decreased to 6.7 and 5.9 mm, respectively (almost 1, 5 times).

Clinical and laboratory indicators were within the norms. On this basis, taking into account the duration of the course of the disease, the regression of the tumorigenesis process, the overall satisfactory state of the patient, we were exposed to the following clinical diagnosis: Pseudotumorous chronic pancreatitis, a condition after surgical treatment in 2016.

This clinical observation indicates a difficulty preoperative and intraoperative differential diagnosis of pseudotumorous pancreatitis and pancreatic head cancer, as there were similar clinical, echographic, X-ray and macroscopic features.

In our clinical case, the pseudotumor process was regarded as a malignant tumor of the head of the pancreas on the basis of a large volume of tumor, infiltration and invasion of it into surrounding organs and main vessels of the retroperitoneum, despite the results of intraoperative histological examination. 100% of the diagnosis of cancers of the pancreas head was possible only one year after treatment on the basis of the regressing course of the tumor process (according to instrumental and laboratory data) and the patient's satisfactory somatic state.

**Conclusion.** In the analysis of this clinical case, we noted some features of clinical-laboratory, sonographic and radiographic pictures of pseudotumorous chronic pancreatitis that distinguish it from cancer of the pancreas head: the young age of the patients (in our case, 38 years) is more often diagnosed in men who abuse alcohol. Jaundice has a regressing nature of the course, with a moderate increase in total bilirubin and its fractions. The discrepancy between the large size of the pancreatic head tumor and the clinical and laboratory picture of mechanical jaundice. Oncomarkers remain within normal limits.

With ultrasound, CT-scan and MRI, a diffuse heterogeneity and the presence of multiple calcifications in all parts of the pancreas, the structure of the pseudotumor of the head of the pancreas is heterogeneous due to the presence of cystic destructive foci and calcifications. Absence of cytological and histological confirmation of malignant growth of the pancreatic head tumor.

### **Bibliography.**

1. Виноградов В. В. Опухоли и кисты поджелудочной железы / В. В. Виноградов. М : Медицина, 1959.
2. Скипенко О. Г. и др. Панкреатодуоденальная резекция поджелудочной железы в лечении хронического панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. – Т. 9, № 2. – С. 221-222.
3. Черепанова О.Н. Дисс.: Дифференциальная диагностика рака головки поджелудочной железы и хронического псевдотуморозного панкреатита. Москва, 2005.
4. *Adsav NV et al. Pancreatic pseudotumors: non-neoplastic solid lesions of the pancreas that clinically mimic pancreas cancer. Semin Diagn Pathol.* 2004 Nov; 21(4):260-7.
5. *Basturk O, Askan G. Benign Tumors and Tumorlike Lesions of the Pancreas. Surg Pathol Clin.* 2016 Dec; 9(4):619-641. doi: 10.1016/j.path.2016.05.007.
6. *Brand B et al. Endoscopic ultrasound for differential diagnosis of focal pancreatic lesions, confirmed by surgery// Scand J Gastroenterol.* 2000; 35:1221-1228. [PubMed]
7. *Brimienė V, Brimas G, Strupas K. Differential diagnosis between chronic pancreatitis and pancreatic cancer: a prospective study of 156 patients. Medicina (Kaunas)* 2011; 47:154–162. [PubMed]
8. *Huang J.J. et al. Quality of the life and outcomes after pancreaticoduodenectomy // Ann Surg.* 2000. – Vol. 231. – P. 890-898.
9. *Félix Ignacio Téllez-Ávila, Álvaro Villalobos-Garita, Marc Giovannini, Carlos Chan, Jorge Hernández-Calleros, Luis Uscanga, and Miguel Ángel Ramírez-Luna. Follow-up of patients with pseudotumoral chronic pancreatitis: Outcome and surveillance. World J Gastroenterol.* 2014; Jul 14; 20(26): 8612–8616.
10. *Lowenfels A.B., Maisonneuve p., Cavallini G. et al. Pancreatitis and the risk of pancreatic cancer. International Pancreatitis Study Group // N Engl J Med.* – 1993; 328: 1433-7.

11. Neeraj Lalwani, Lorenzo Mannelli et all. *Uncommon pancreatic tumors and pseudotumors. // Abdominal Imaging January 2015, Volume 40, Issue 1, pp. 167-180*
12. Nieß H., Albertsmeier M. et all. *Chronic pancreatitis or pancreatic malignancy. Clinical and radiological differential diagnosis of pancreas head space-occupying mass. Der Chirurg, February 2013, Volume 84, Issue 2, pp. 106-111*
13. Okun SD, Lewin DN. *Non-neoplastic pancreatic lesions that may mimic malignancy. Semin Diagn Pathol. 2016 Jan; 33(1):31-42. doi: 10.1053/j.semdp.2015.09.005. Epub 2015 Sep 7.*
14. Téllez-Avila FI et all. *Follow-up of patients with pseudotumoral chronic pancreatitis: outcome and surveillance. // World J Gastroenterol. 2014 Jul 14; 20 (26):8612-6. doi: 10.3748/wjg.v20.i26.8612.*
15. Slavin J. et al. *Pylorus – preserving Kausch – Whipple resection: the successor of the classical Kausch – Whipple in chronic pancreatitis // Ann. Ital. Chir. – 2000. Vol. 71. – P. 57-64.*

## CLINICAL CASE OF BACTERIOLOGICALLY CONFIRMED DISSEMINATED PULMONARY TUBERCULOSIS IN ADOLESCENCE.

**Mohammed M.A.**, 1<sup>st</sup> year clinical resident of Radiology and radiotherapy dept. of KSMA named after Akhunbaev I.K.

**Musaeva N.S.** 1<sup>st</sup> year clinical resident of Radiology and radiotherapy dept. of KSMA named after Akhunbaev I.K.

**Kulbaeva B.N.**, assistant of Radiology and radiotherapy dept. of KSMA named after Akhunbaev I.K.

**Abstract.** Although, disseminated TB in adolescence not considered as a rarity, but vast majority of clinical forms are peripheric and intrathoracic lymphadenopathy. Diagnostic difficulties appeared because of non-specific clinical manifestation, negative sputum-smear and cultural verification. But the other significant factor is low alertness of clinicians in relation to pulmonary TB, despite the fact of frequently occurrence in Kyrgyzstan.

Represented clinical case of disseminated lung tuberculosis with consolidation and cavitation, complicated with pleural effusion demonstrates prolonged diagnosis and submitted in order to improve the diagnosis of tuberculosis in adolescence.

**Key words:** disseminated tuberculosis, adolescent, diagnosis.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИССЕМНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С БАЦИЛЛОВЫДЕЛЕНИЕМ У ПОДРОСТКА

**Мохаммед М.А.**, клинический ординатор 1-го года обучения кафедры Лучевой диагностики и лучевой терапии.

**Мусаева Н.С.**, клинический ординатор 1-го года обучения кафедры Лучевой диагностики и лучевой терапии.

**Кульбаева Б.Н.**, ассистент кафедры Лучевой диагностики и лучевой терапии.

**Резюме.** Диссеминированный туберкулез легких у подростков не является редкостью, но преобладающей формой в данной возрастной группе считается поражение периферических и внутригрудных лимфатических узлов. Диагностические трудности возникают из-за неспецифичности клинических проявлений и зачастую отрицательных результатов микроскопии мокроты и культуральных исследований. Однако еще одним фактором является низкая настороженность клиницистов в отношении легочного туберкулеза, несмотря на частую встречаемость в Кыргызстане.

Данный клинический случай диссеминированного туберкулеза легких в фазе инфильтрации и распада, осложненный экссудативным плевритом у подростка демонстрирует пролонгированную постановку диагноза и выносятся в свет с целью повышения качества диагностики туберкулеза у подростков.

**Ключевые слова:** диссеминированный туберкулез, подростки, диагностика.

## ӨСПҮРҮМДҮН ДИССЕМНАЦИЯЛАНГАН ЖАНА БАЦИЛЛА ЧЫГАРУУ КОШТОГОН ӨПКӨ КУРГАК УЧУГУНУН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

**Мохаммед М.А.**, Нур менен дартты аныктоо жана нур менен дарылоо кафедрасы 1 жыл окутуу клиникалык ординатор.

**Мусаева Н.С.**, Нур менен дартты аныктоо жана нур менен дарылоо кафедрасы 1 жыл окутуу клиникалык ординатор.

Кульбаева Б.Н., Нур менен дартты аныктоо жана нур менен дарылоо кафедрасы ассистент.

**Мүнөздөмө.** Өспүрүмдөр арасында диссеминацияланган кургак учук сейрек эмес, бирок бул курактык топто жана көкүрөк ичиндеги лимфа түйүндөрүнүн жабыркоосу басым кылат. Клиникалык белгилеринин өзгөчөлүктөрү, какырык микроскопиясынын жана башка культуралдуу изилдөөлөрдүн терс жыйынтыктары диагностикалык кыйынчылыктарды жаратат. Дагы бир фактор болуп клиницисттердин өпкө кургак учугу тууралуу төмөн сактыгы саналат. Бул өспүрүмдүн инфильтрация жана бузулуу фазасындагы, экссудативдүү плеврит менен өөрчүп кеткен диссеминацияланган өпкө кургак учугунун клиникалык учуру узартылган диагноз коюусун сүрөттөйт жана өспүрүмдөрдүн кургак учугунун диагностикасынын сапатын жогорулатуу максатында көрсөтүлгөн.

**Ачык сөздөр:** диссеминацияланган кургак учук, өспүрүмдөр, диагностикасы.

### **Introduction.**

In adolescence and childhood, primary forms of tuberculosis [1,2] are predominant, characterized by the lesion of intrathoracic lymph nodes or the primary complex. Disseminated pulmonary tuberculosis is a rarer form, but in infants and young children could occur more often due to instability and immaturity of the immune system, than in adolescents and adults [3]. Involvement in the pleura occurs with subpleural localization of foci [4] or hypersensitivity to mycobacterial antigens, characterized mostly by unilateral affection [2], and more common in adolescents [5].

Disseminated pulmonary tuberculosis is a clinical form in which multiple nodules and foci of inflammation in the lung parenchyma are formed, associated with the spread of *Mycobacterium tuberculosis* lymphogenically, hematogenously, bronchogenic or mixed, which causes variability of clinical and radiographic features. Despite severe clinical symptoms of tuberculous intoxication and recognizable radiographic manifestations, in comparison with the primary forms of tuberculosis, diagnosis is still difficult. Partly, due to the frequent occurrence of minor forms, according to the established stereotype [1], wearing down clinicians regarding tuberculosis.

Primary lymph nodes affection caused by lymphotropism of *Mycobacteria* and its retention in organs with developed microcirculation system. Inflammation characterized by caseating necrosis formation, however, with adequate resistance of the organism, pathological process remains localized, so children and adolescents are non-contagious. If the infection spreads further into the parenchyma, especially when immunity disorders appear, favorable conditions for bacilli excretion are created. Such as cavity formation at the site of previous inflammation or due to connection of affected intrathoracic lymph nodes with caseous debris and bronchial lumen via formed fistula.

### **Case representation.**

Patient Ch., born in 2004, complained of fever 37-39°C, dyspnea with physical exertion, pain in the lower part of the right side of the chest, weight loss of 4 kg during last month, night sweating, malaise, fatigue, periodic diarrhea, pain in the throat.

Patient considers himself sick for a month, when pain in the chest, fever, weakness, shortness of breath and sore throat appeared, related with an injury while playing football. Treatment was prescribed after he decided to visit the pediatrician, including a broad-spectrum antibiotic (Flemoxin solutab, 3 times in a day) and a local antiseptic (Chlorophyllipt) for 5 days. At the end of the treatment, the patient had been sent to an infectious diseases hospital, where ultrasound of the internal organs was recommended. Afterwards, reactive changes in the liver and hepatomegaly were detected and further monitoring was prescribed. Two weeks later, a second visit to the infectious diseases hospital is occurred, where repeated antibiotic therapy (Ceftriaxone 1,0 ml once a day) was prescribed as well as enzyme (Creon 1 tb spoon 3 times in a day), probiotic (Lacidofil) and diet. Improvement of the general condition was insignificant and after 10 days the patient turned again to the pediatrician who is assigned fluorography. Based on the revealed changes in the lungs, the patient was referred to the State Tuberculosis Control Center of Bishkek for consultation with the phthisiatrician.

General condition is fair. Weakness and dyspnea (BR 26/min) are noted, cervical lymph nodes are palpable on both sides, different in size and dense, axillary lymph nodes are smaller, thinning of subcutaneous fat is seen, skin appears pale. Percussion revealed dullness of the pulmonary sound in the lower part of the right lung. Auscultation detected weakening of the respiration sound in the lower part of the right hemithorax and various scattered rales.

Repeated ultrasound of the internal organs revealed an enlargement of mesenteric lymph nodes till 10.0-20.0 mm without signs of cavitation. Ascites is not detected. Moderate hepatomegaly and reactive

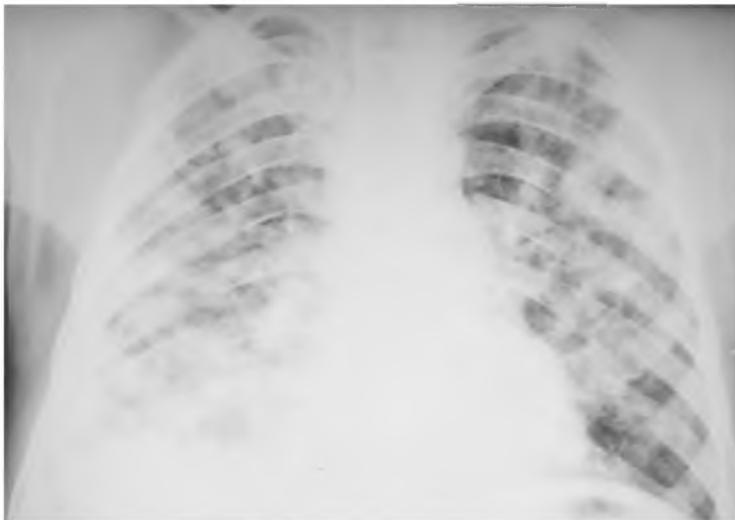
changes in the liver parenchyma, thickening of the pleura and a small amount of pleural effusion on the right side are detected.

CBC: Hbg - 94 g/l, WBC - 8,7X10<sup>9</sup>, segmented neutrophils - 69%, stab neutrophils - 17%, lymphocytes - 12%, ESR - 52 mm/h

Biochemical test: Total bilirubin - 21.4 μmol/l, Thymol test - 3.4 units, ALT - 22.4 U/l, AST - 23.9 U/l.

AFB sputum smear 2x (+), (++)

Molecular genetic test method – Hain-test (+), sensitive to Isoniazid and Rifampicin.



**Fig. 1. Chest radiography Patient Ch., 2004 y.b.**

Sputum culture on Lowenstein-Jensen (LJ) Medium and Mycobacteria Growth Indicator Tube (MGIT) - contamination.

Chest radiography (PA view, Fig. 1) demonstrates minor lung collapse and poorly defined nodular opacities, forming patchy consolidation on both sides, predominantly in perihilar zones. Irregularly oval form cavity at the 2nd intercostal space on the left side, 3x4 cm in size with ill-defined inner margin, and smaller multiple cavities are detected in the basal regions on both sides. Moderate pleural effusion on the right side with costal pleura thickening.



**Fig. 2. Linear tomogramm of the lungs.**

Linear tomogram of the lungs (7.0 cm slice, Fig. 2) shows patchy lung consolidation with multiple nodular opacities and round- and oval-shaped cavities, located at the upper zones bilaterally and lower zone of the right lung. Bilateral enlargement of hilar lymph nodes as well as right-sided thickening of the costal pleura with fibrous adhesions at hemi-diaphragm and costo-phrenic sinus are detected.

With clinical diagnosis, based on obtained data, disseminated pulmonary tuberculosis with consolidation and cavitation, complicated by pleural effusion at the right side, TB culture test (+), patient received treatment for 8 months, according to the HREZ scheme.

Multiple control examinations of sputum smear microscopy, molecular-genetic sputum examination GeneExpert and Hain-test, Lowenstein-Jensen (LJ) and MGIT cultural tests showed negative results.



**Fig. 3. The control chest radiograph.**

The control chest radiograph (Fig. 3) demonstrates the reticular interstitial pattern, thickening of the costal and interlobar pleura of the right lung and an increase in the density of the right hilum due to fibrotic tissue formation of the bronchopulmonary lymph nodes.

**Conclusions:** Despite the typical clinical and radiologic manifestations of tuberculosis, as well as the unfavorable epidemiological situation in Kyrgyzstan, the vigilance of clinicians regarding this disease in adolescents remains low. This, in turn, reduces the quality of medical care.

**References.**

1. Leung AN. *Pulmonary tuberculosis: the essentials. Radiology* 1999; 210(2)
2. Burrill J, Williams CJ, Bain G, Conder G, Hine AL, Misra RR. *Tuberculosis: a radiologic review. RadioGraphics* 2007; 27(5)
3. Susanna Esposito, Claudia Tagliabue and Samantha Bosis. *Tuberculosis in children. Mediterranean Journal of Hematology and Infectious Diseases* 2013; 5(1)
4. Cruz AT, Starke JR. *Pediatric tuberculosis. Pediatrics in Review.* 2010; 31(1)
5. Chakrabarti B, Davies PD. *Pleural tuberculosis. Monaldi Arch Chest Dis.* 2006; 65(1)

**ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**Курманбекова А., Маматысаева У.А, к.м.н. Эралиева М.О.**

Кафедра госпитальной терапии с курсом профпатологии и гематологии КГМА им. И.К. Ахунбаева

**Резюме:** проведено целенаправленное обследование 20 больных ХЛЛ, диагноз был верифицирован стандартными клинико-лабораторными данными, а также всем обследуемым больным было проведено исследование – иммунофенотипирование лимфоцитов костного мозга. Проанализировано характеристика ИФТ маркеров. Выяснено, что больные ХЛЛ в основном В-клеточной формы, но 40% из них имели плохой прогностический маркер и это доказано лечением флударабинсодержащих курсов химиотерапии.

**Ключевые слова:** хронический лимфолейкоз, иммунофенотипирование лимфоцитов, костный мозг, флударабин, циклофосфан, ритуксимаб.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**Курманбекова А., Маматысаева У.А, к.м.н Эралиева М.О.**

И.А. Ахунбаев атындагы КГМА гематологиялык жана кесиптик патологиялык курс менен госпиталдык терапия кафедрасы

**Корутунду:** ХЛЛ менен ооруган 20 бейтапка сурамжылоо жүргүзүлгөн, диагноз стандарттуу клинико-лабораториялык маалыматтар менен текшерилген, ошондой эле текшерилген бейтаптарга жилик чучугунун лимфоциттерине иммунофенотиптик изилдөө жүргүзүлгөн. ХЛЛ менен ооруган бейтаптардын негизгиси В-клетка түрүндөгү, алардын ичинен 42,2% жаман маалыматтагы маркер алып жүрүүчү флударабин камтыган химиятерапиялык курс менен дарылоодо далилденген.

**Негизги сөздөр:** ИММУНОФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ, лимфоциттерди иммунофенотиптөө, жилик чучугу, флударабин, циклофосфан, ритуксимаб.

## IMMUNOPHENOTYPIC FEATURES IN PATIENTS WITH CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA IN KYRGYZSTAN

Kurmanbekova A., Mamatasayeva U.A., candidate of medical sciences Eralieva M.O.

Department of Hospital Therapy with the course of occupational pathology and hematology of KSMA named after. I.K. Akhunbaeva

**Summary:** A purposeful examination of 20 patients with CLL was conducted, the diagnosis was verified by standard clinical and laboratory data, and the study - immunophenotyping of bone marrow lymphocytes - was carried out by all patients under examination. The characteristic of the IFT markers is analyzed. It was found that CLL patients were mainly of B-cell form, but 42.2% of them had a poor prognostic marker and this was proved by the treatment of fludarabine-containing chemotherapy courses.

**Key words:** chronic lymphocytic leukemia, immunophenotyping of lymphocytes, bone marrow, fludarabine, cyclophosphamide, rituximab.

**В-клеточный хронический лимфолейкоз (В-ХЛЛ)** – наиболее распространенная форма гемобластозов, составляет 30% всех типов лейкемии [1, 2]. В-ХЛЛ является заболеванием пожилых людей с медианой заболевания 72 года; около 70% пациентов с В-ХЛЛ в момент установления диагноза имеют возраст старше 65 лет. Заболеваемость составляет 4,1 на 100000 населения в год, мужчины заболевают в 2 раза чаще, чем женщины [1]. Последние годы отмечается рост заболеваемости хронического лимфолейкоза в мире [3], в том числе Кыргызской Республике. По данным проведенных исследований по гемобластозам в нашей стране на долю В-ХЛЛ приходится 25% всех случаев лейкозов. Заболеваемость хроническим лимфолейкозом у мужчин (0,61 на 100000 населения) более чем 1,5 раза превышает показатель заболеваемости у женщин (0,35), у кыргызов - 0,13, тогда как, у лиц русской национальности этот показатель равняется -1,29, превышая в 10 раз коренного населения [3].

Хронический лимфолейкоз протекает очень медленно. Первые симптомы, в большинстве случаев, проявляются уже на поздних стадиях, когда атипичных клеток становится больше, чем нормальных. На ранних «бессимптомных» стадиях данная болезнь обнаруживается, в основном, при проведении планового анализа крови. При хроническом лимфолейкозе в крови растёт общее количество лейкоцитов за счёт увеличения содержания лимфоцитов. В норме количество лимфоцитов составляет от 19 до 37% от общего числа лейкоцитов. На поздних стадиях лимфолейкоза это количество может подняться вплоть до 98% [4]. При этом следует помнить, что «новые» лимфоциты не выполняют своих функций, а значит, несмотря на их большое содержание в крови, сила иммунного ответа значительно снижается. По этой причине хронический лимфолейкоз часто сопровождается целой серией заболеваний вирусной, бактериальной и грибковой природы, протекающих длительнее и тяжелее, чем у здоровых людей [5].

Современная диагностика В-ХЛЛ основывается на определении соответствующих маркёров, которые определяется с помощью иммунофено-типирования (ИФТ) клеток – лимфоцитов [6]. Данный метод позволяет предусмотреть эффективность лечения и прогноз заболевания. На данный момент эта тема не изучена в Кыргызстане.

### **Цель исследования**

Изучить иммунофенотипические особенности у больных с В-ХЛЛ в Кыргызстане.

### **Материал и методы**

Нами изучено 20 больных с В-ХЛЛ с установленным клинико-лабораторными показателями (лейкоцитоз, абсолютный лимфоцитоз, лимфоидная метаплазия костного мозга, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия). Среди них 12 пациентов были мужского пола, 8 – женщин, в среднем возраст мужчин составил –  $64 \pm 2$  года, женщин -  $68 \pm 2$  года. Для проведения иммунофенотипического исследование у больных было взято костный мозг 4,0 мл, затем пунктат костного мозга был направлен в лабораторию «LabTest» г. Бишкек. Исследование выполнено на проточном цитометре Beckman Coulter Cytomics FC500 (Beckman Coulter, USA) с использованием моноклональных антител Beckman Coulter.

### **Результаты исследования**

У преобладающего числа больных, проходящих обследование и лечение в условиях отделения онкогематологии Национального центра онкологии и гематологии Кыргызской республики (НЦОГ МЗ КР) отмечается проявления гиперпластического синдрома в виде лимфоаденопатии, гепатомегалии и спленомегалии, у 6 пациентов имелись проявления анемического и геморрагического

синдромов различной степени выраженности, причем геморрагический синдром регистрировался только у двоих больных.

Наши исследования показали, что у 50% обследованных больных выявлено В - клеточный ХЛЛ соответствующими иммунофенотипическими маркерами CD5<sup>+</sup>CD19<sup>+</sup>CD20<sup>+</sup>CD22<sup>+</sup>CD23<sup>+</sup> с коэкспрессией CD25, кроме того у 40% пациентов имелись мутационный маркер СД 38, который определяет ответ на лечение или общую выживаемость пациентов с ХЛЛ. Наличие этого маркера указывает на плохой прогностический признак.

В-ХЛЛ демонстрирует широкий спектр интенсивности CD45; экспрессия CD19 выше, чем экспрессия CD20. Экспрессия CD23 является важнейшим маркером при дифференциальной диагностике с лимфомой зоны мантии. Ключевыми маркерами при В-ХЛЛ является экспрессия CD5+, CD10-, CD23+. Каждый клон лейкоэмических клеток экспрессирует легкие цепи Ig каппа или лямбда. Патогномичным для В-ХЛЛ является коэкспрессия CD19, CD20, CD5, CD23 и экспрессия Ig в мономорфной популяции малых лимфоидных клеток.

В наших исследованиях также было обнаружено 10% ХЛЛ атипичных форм (табл).

Таблица

Характерные иммунофенотипические маркеры для ХЛЛ

№	Типичная форма В клеточного ХЛЛ CD5 <sup>+</sup> CD19 <sup>+</sup> CD20 <sup>+</sup> CD22 <sup>+</sup> CD23 <sup>+</sup>		CD5 <sup>+</sup> CD19 <sup>+</sup> CD20 <sup>+</sup> CD22 <sup>+</sup> CD23 <sup>+</sup> CD25 <sup>+</sup> CD38 <sup>+</sup>		Другие и атипичные формы
1	Я-ш	11	Р-ко	19	Т-св
2	Х-ва	12	С-хин	20	С-св
3	Т-ва	13	С-ва		
4	Р-в	14	Ч-н		
5	К-м	15	П-н		
6	И-ва	16	К-в		
7	А-в	17	Г-ко		
8	А-ва	18	Б-в		
9	Т-в				
10	Н-в				
	<b>50%</b>		<b>40%</b>		<b>10%</b>

В условиях отделения онкогематологии НЦОГ МЗ КР было проведено 30% пациентов флударабинсодержащими курсы (FC – флударабин, циклофосфан; FCR- флударабин, циклофосфан и ритуксимаб), другие пациенты лечились стандартными курсами полихимиотерапии. На фоне FC и FCR была достигнута полная или частичная ремиссия. Но, у двоих пациентов с наличием СД38 развился ранний рецидив (в течение 6 месяцев после лечения). Общий ответ среди первичных пациентов, получающих лечение по программе FC и RFC, составил 69%, среди пациентов, получающих монотерапию хлорамбуцилом – 57%. Полная ремиссия – у четверых пациентов, частичная – у двоих пациентов соответственно.

#### Выводы:

1. По иммунофенотипическим особенностям встречаемость В-ХЛЛ в Кыргызстане больше, чем Т – клеточным, также имеется 42,2 % пациентов имеется СД38, указывающий на плохой прогностический признак.
2. Лечение больных В-ХЛЛ с флударабинсодержащими курсами более эффективна, чем хлорамбуцилом, но, при наличии СД38 эффективность указанных протоколов низкая.

#### Литература

1. Волкова, М.А.. Хронический лимфолейкоз / М.А.Волкова // Клиническая онкогематология. – М., Медицина. – 2001. – С. 376-392.
2. Загоскина, Т.П. Эффективность комбинации ритуксимаба, флударабина и циклофосфана при лечении хронического лимфолейкоза / Т.П. Загоскина // Гематол. и трансфузиол. – 2006 – т. 51. – № 6. – С. 12-16.
3. [http://dissland.com/catalog/epidemiologicheskie\\_osobennosti\\_levkozov\\_v\\_kirgizstane.html](http://dissland.com/catalog/epidemiologicheskie_osobennosti_levkozov_v_kirgizstane.html) Усенова А.А
4. Ретроспективное сравнение эффективности режимов лечения FC и FCR у первичных больных В-клеточным хроническим лимфолейкозом / Е.А.Стадник [и др.]. // Онкогематология. – 2008. – № 1-2. – С. 39-46.
5. Interim results of the combination rituximab, fludarabine, cyclophosphamide and mitoxantrone (R-FCM) followed by rituximab in previously untreated chronic lymphocytic leukemia (CLL) / F.Bosch [et al] // Annals of Oncology. – 2008. – Vol 19. – Suppl.4. –Ref 377

6. *Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on chronic lymphocytic leukemia updating the National Cancer Institute \_ working group 1996 guidelines / M. Hallek [et al] // Blood.2008. – Vol. 111. – №12 – PP. 5446-5456.*

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОРНОГО КЛИМАТА КЫРГЫЗСТАНА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ**

**Маришбек к. Э., Эсенгелди к. Айжамал, Махмануров А.А.**

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Кыргызская государственная медицинская академия

г.Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены результаты реабилитационного курса детей идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в условиях среднегорья (1760 м.) с последующим лечением в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м). Из 12 детей, получивших высокогорную климатотерапию, у 2-х достигнута полная, у 7 – частичная ремиссия, у 2 - улучшение клинико-гематологических показателей носило временный характер. Отсутствие эффекта зарегистрировано у одного ребенка. Достигнутый в условиях высокогорья выраженный положительный клинический эффект сохранялся у большинства больных и в отдаленном периоде исследования (через 6 месяцев и один год). Клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 75% детей и 62% взрослых.

**Ключевые слова:** идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лечение, высокогорная климатотерапия.

## **ИДИОПАТИКАЛЫК ТРОМБОЦИТОПЕНИКАЛЫК ПУРПУРАСЫ МЕНЕН ООРУЛАРДЫ ДАРЫЛОО УЧУН КЫРГЫЗСТАНДЫН ТООЛУУ КЛИМАТЫН КОЛДОНУУ**

**Маришбек к. Э., Эсенгелди к. Айжамал, Махмануров А.А.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан оорулар курсунун кафедрасы

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада идиопатикалык тромбоцитопеникалык пурпура менен ооруган балдарды орто тоолуу шартта жандандыруу жана андан ары бийик тоолуу Төө-Ашуудагы (3200 м) дарыканада дарылоонун жыйынтыгы берилген. Бийик тоолуу климаттык терапия алган 12 баланын ичинен, 2 бала толугу менен, 7 бала толук эмес. 2 бала клиникалык гематологиялык көрсөткүчүнүн жакшырышып убактылуу гана болду. Бир балада эч кандай жакшыруу болгон жок. Бийик тоодо жетишкен жакшы клиникалык жыйынтык андан кийин узак убакытка (6-ай жана бир жыл) сакталды. Клиникалык-гематологиялык ремиссия 75% балдарда жана 62% чоң кишилерде жетишилди.

**Негизги сөздөр:** идиопатикалык тромбоцитопениялык пурпура, дарылоо, бийик тоолук климатотерапиясы.

## **USING THE MOUNTAIN CLIMATE OF KYRGYSTAN FOR TREATMENT THE PATIENTS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA**

**Marishbek k. E., Esengeldi k. Aijamal, Machmanurov A.A.**

Kyrgyz State Medical Academe I.K.Achunbaev

Chair of the Hospital Therapy, Profpathology with Hematology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents the results of rehabilitation programme for children with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) in the settings of mid – altitude (1760 meters) with subsequent treatment programme in high altitude in-patient care Tuya-Ashuu hospital (3200 meters). Out of 12 children received high altitude climate therapy, 2 children achieved – full remission, 7 children achieved – partial remission, 2 children showed transient improvement of clinical-hematologic indicators. Complete absence of the effectiveness was recorded in 1 child. Significant positive clinical results achieved in majority of patients in high-altitude settings persisted in the long term (during 6 and 12 months). Conclusion: Clinical-hematologic remission achieved in 75% children and 62% adults.

**Key word:** idiopathic thrombocytopenic purpura, treatment, mountain climate therapy.

**Введение.** Идиопатическая (иммунная) тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – это заболевание, манифестирующее иммуно-опосредованной тромбоцитопенией [1]. Точная инцидентность неизвестна, однако ежегодно в США и Европе регистрируется около 50-100 новых случаев на миллион человек, дети и взрослые составляют примерно одинаковое количество [2].

В последние годы в специальной литературе представлено значительное количество рекомендаций по лечению ИТП, которые мало сопоставимы между собой либо, наоборот, практически полностью дублируют друг друга [3, 4]. Несовершенство существующих протоколов терапии ИТП, частая непредсказуемость ожидаемого ответа на используемые глюкокортикостероиды, высокая частота развития связанных с ними осложнений диктуют необходимость постоянного поиска новых методов лечения этого распространенного заболевания.

В частности, в последние 20 лет за рубежом широко апробированы и хорошо себя зарекомендовали такие альтернативные способы коррекции ИТП, как внутривенные иммуноглобулины, анти-Д иммуноглобулин и интерфероны [5]. Вместе с тем эффективность указанных препаратов при данном заболевании также ограничена (60-80% от всех наблюдений), а стоимость одного курса лечения сохраняется крайне высокой (5-10 тыс. долларов США).

Поэтому поиск любых альтернативных методов лечения ИТП считается актуальным. Начиная с 1990 годов в Кыргызской Республике в лечении ИТП у взрослых, активно стали использовать высокогорный климат. Исследования отечественных ученых [6,7] доказали, что 40-дневное пребывание на высоте 3200 метров над уровнем моря положительно влияет на течение ИТП и ремиссия у взрослых больных достигается в 60% случаев. В связи с чем, высокогорный климат был включен в схему терапии детей с хронической ИТП, при этом у детей был использован ступенчатый метод лечения: до высокогорной климатотерапии дети проходили курс реабилитации в условиях среднегорья.

**Цель исследования.** Изучить клиническую картину и состояния тромбоцитопоза у детей и взрослых с хронической ИТП для оценки эффективности использования высокогорного климата в терапии данного заболевания.

**Материал и методы исследования:** В исследование включено 12 детей с хронической ИТП (в возрасте от 5 до 14 лет; средний возраст  $10,25 \pm 1,43$  года), находившихся на реабилитации в Детском медико-социальном реабилитационном комплексе «Алтын-Балалык» (г. Чолпон-Ата, 1650 м н.у.м.), с последующим лечением в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м н.у.м.). Продолжительность курса реабилитации составила 30 дней, высокогорной климатотерапии – 40 дней. Для сравнения результатов лечения в статье приведены данные по взрослым больным (105 чел.), которые получили высокогорную климатотерапию в разные периоды, начиная с 2000 года.

При диагностике ИТП учитывали анамнестические данные о наличии геморрагического синдрома, тромбоцитопении, нормальное или увеличенное содержание мегакариоцитов в костном мозге, отсутствие спленомегалии и другой патологии, сопровождающейся тромбоцитопенией, и связь заболевания с приемом медикаментов.

Статистический анализ полученных нами данных проводился с использованием программы SPSS for Windows v.10.0.5. Различия между группами оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок и U-критерием Манна-Уитни (непараметрический метод) с уровнем достоверности 0,05.

**Полученные результаты.** У всех детей до поступления в детский медико-социальный реабилитационный комплекс (ДМСРК) применялись те или иные методы медикаментозной терапии, которые оказали временную эффективность. Так, лечение гормонами, в частности преднизолоном, в стандартных дозах 1-2 мг/кг/сут в течение 20-25 дней проведено 5 детям. Из них у 2 детей отмечался положительный кратковременный эффект в течение одного года, у 2 детей ремиссия продолжалась 2 года и у одного ребенка – в течение 3-х лет. Четверым детям применялись высокие дозы пероральных глюкокортикоидов (6-9 мг/кг в сутки), которая оказала положительный эффект от 3 до 5 лет. Высокие дозы парентеральных глюкокортикоидов, в частности, 10-20 мг/кг в сутки метилпреднизолон применялись у остальных 3 детей, эффективность которой отмечена у всех: у 1 ребенка – кратковременный положительный эффект в течение 6 месяцев, у остальных двоих – ремиссия доходила до года.

Проявления геморрагического синдрома наблюдались у 10 детей (83%), в том числе кровоподтеки зарегистрированы у 6 чел. (60%), петехии – у 4 чел. (40%). Влажная пурпура имела у половины из 12 больных. В процессе реабилитации, улучшение состояния наблюдалось со 2-й недели пребывания в реабилитационном комплексе и особенно заметные сдвиги зарегистрированы к концу срока. Частота кожных проявлений геморрагического синдрома и влажной пурпуры уменьшилась в 1,5 раза и более.

Количество тромбоцитов до реабилитации в среднем составило  $28,5 \pm 2,71 \times 10^9/\text{л}$ . При этом у 2-х детей этот показатель был ниже критической цифры ( $18,4$  и  $19,1 \times 10^9/\text{л}$ , соответственно). К концу срока реабилитации уровень тромбоцитов заметно увеличился и составил  $39,8 \times 10^9/\text{л}$ , то есть со стороны тромбоцитов зафиксирован прирост.

В последующем эти дети были направлены для дальнейшего лечения на высокогорную базу Туя-Ашу (3200 м). Перед отправкой в условия высокогорья, в течение недельного срока, дети находились дома в г.Бишкек, и одновременно проходили обследование.

У незначительного количества детей (35%) в первые дни пребывания в высокогорье отмечались признаки высотной болезни (головные боли, головокружение, одышка, сердцебиение при незначительной физической нагрузке). Но эти симптомы у детей проходили в течение 3-5 дней. Большинство детей не испытало признаков высотной болезни, что скорее всего объясняется пребыванием детей в условиях среднегорья.

Улучшение состояния в горах начиналось с 20-го дня пребывания в условиях высокогорья, когда число тромбоцитов увеличилось почти в 2 раза от исходного уровня ( $p < 0,05$ ), а на 40-й день лечения высокогорьем их количество увеличилось в 3,5 раза (составляя в среднем  $98,7 \pm 3,51$  тыс./мкл).

У наших детей с ИТП для изучения процентного содержания различных форм тромбоцитов, проведено исследование тромбоцитограммы (рис.).

Как видно из рисунка, до лечения количество нормальных пластинок составило 48%, старые формы – 28%, дегенеративные – 18% и формы раздражения – 6%. К концу высокогорной климатотерапии выявлено увеличение числа нормальных кровяных пластинок в 1,3 раза, форм раздражения – в 2,5 раза. Количество старых и дегенеративных форм, наоборот уменьшилось до 14% и 9% соответственно ( $p \leq 0,05$ ), что свидетельствует о положительных сдвигах со стороны тромбоцитограммы.

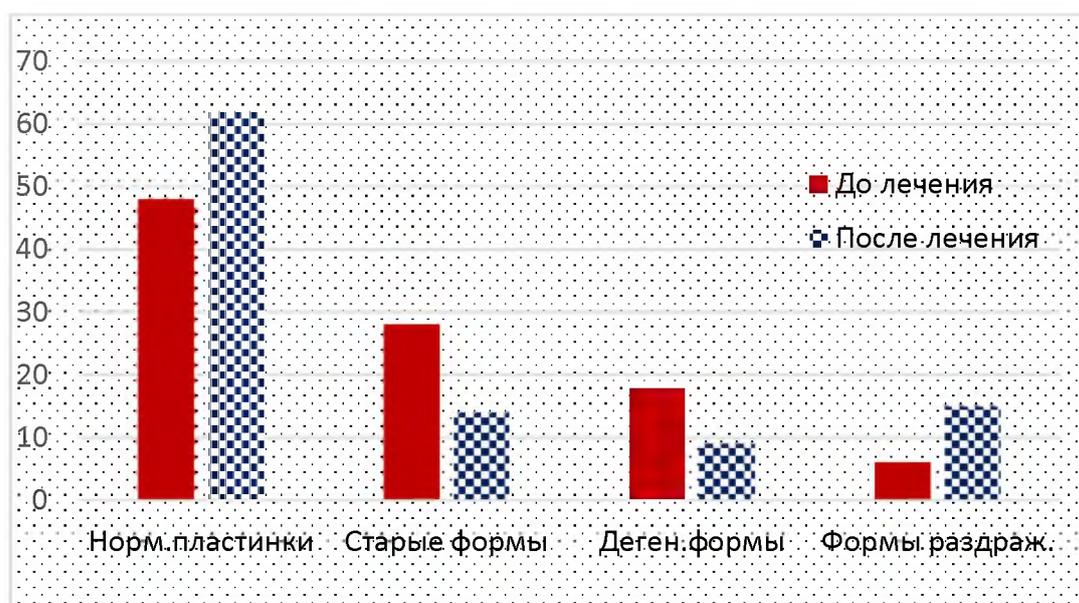


Рисунок. Тромбоцитограмма у детей ИТП в процессе высокогорной климатотерапии.

Результаты лечения оценивались согласно следующим критериям: полная ремиссия (значительное улучшение или нормализация гематологических показателей, отсутствие потребности в гормонах и трансфузии компонентов крови); частичная ремиссия (стойкое улучшение гематологических показателей, снижение потребности в гормонах и гемотрансфузии); временное улучшение (менее 2 мес.) гематологических показателей и отсутствие эффекта. Из 12 детей, получивших высокогорную климатотерапию, у двух детей достигнута полная и у 7 – частичная ремиссия. У 2 детей улучшение клинико-гематологических показателей носило временный характер, и отсутствие эффекта зарегистрировано у одного ребенка.

Достигнутый в условиях высокогорья выраженный положительный клинический эффект сохранялся у большинства больных и в отдаленном периоде исследования (через 6 месяцев и один год). На высокогорную климатотерапию положительно ответили 75% больных детей с хронической ИТП.

За последние двадцать лет в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м.) прошли лечение 105 взрослых больных. Полная клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 37 из них (35%),

частичная ремиссия – у 25 чел. (24%), временное улучшение клинико-гематологических показателей зарегистрировано у – 22 чел. (21%), и не ответили на высокогорную терапию 16 (15%) больных. В отличие от детей, эффективность высокогорной климатотерапии у взрослых значительно ниже. Если у детей на лечение высокогорьем ответили 75% детей, то у взрослых этот процент составил всего 62%.

Резюмируя вышеизложенное, можно предположить, что полученные положительные результаты у больных ИТП в процессе лечения в условиях высокогорья, обусловлены следующими причинами: во-первых, гипоксия способствует повышенной выработке тромбопоэтинов, которые в свою очередь, стимулируя мегакариоцитарный росток костного мозга, увеличивают количество тромбоцитов в периферической крови; во-вторых, увеличение выработки в горах глюкокортикоидов не исключает их иммуносупрессивного влияния, если учесть, что большая часть тромбоцитопении носит аутоиммунный характер.

#### **Выводы:**

1. Условия среднегорья оказывают благоприятное воздействие на течение тромбоцитопении у детей, и особенно, на прохождение периода адаптации в условиях высокогорной базы Туя-Ашу.
2. Высокогорная климатотерапия, как у детей, так и у взрослых улучшает клиническое течение заболевания, вызывает достоверное повышение количества тромбоцитов и их качественные сдвиги.
3. При сравнении результатов лечения, эффективность высокогорной климатотерапии более выражена у детей, чем у взрослых: положительно ответили на терапию 75% детей и 62% взрослых.

#### **Использованная литература.**

1. Имбах, П. *Диагноз и лечение хронической иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей* // *Гематология и трансфузиология*. - 1998. - №3. - С. 27-31.
2. Blanchette, V. *Childhood Immune Thrombocytopenic Purpura: Diagnosis and Management* / Bolton-Maggs P. // *Pediatric Clinic of North America*. – 2008. - N55. – P. 393-420.
3. Масчан, А.А. *Современные методы диагностики и лечения первичной иммунной тромбоцитопении (по итогам совещания совета экспертов)* / Ковалёва Л. Г., Румянцев А. Г. // *Вопросы гематологии и иммунологии в педиатрии*. - 2010. - Т.9. - № 4. - С.5–14.
4. Andersen, J. C. *Response of resistant idiopathic thrombocytopenic purpura to pulsed high-dose dexamethasone therapy* // *The New England Journal of Medicine*. – 1994. – Т.330. - N22. – P.1560–1564.
5. Rodeghiero, F. *Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from international working group* / Stasi R., Gensheimer T. // *Blood*. – 2009. Т.113. - N11. – P. 2386–2393.
6. Раимжанов, А.Р. *Перспективы лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры* / Маматов С.М // *Наука и новые технологии*. - 1999. - №3. - С.92-96.
7. Маматов, С.М *Морфофункциональные особенности гемопоэза у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в процессе высокогорной климатотерапии* // В кн. *Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века. Сборник научных трудов*. Бишкек. - 1998. - С.563-569.

## **РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ**

**Курманалиева З.Б., Кулболдуева Б.Ч.**

Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева  
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)

Кафедра сестринского дела (зав. кафедрой, д.м.н., и.о. проф. Бейшенбиева Г.Дж.)  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** С целью изучения уровня информированности специалистов сестринского дела, об основах паллиативной помощи и степени удовлетворенности пациентов, оказываемым им сестринским уходом было опрошено 48 медсестер, работающих в Национальном центре онкологии г. Бишкек и 50 пациентов. Установлен недостаточный уровень профессиональной подготовки и мотивации медсестер по уходу за инкурабельными пациентами. Выявлено, что подавляющее большинство пациентов удовлетворено сестринской помощью. Определена важность профессиональной подготовки на всех уровнях медицинского образования по вопросам организации паллиативной помощи.

**Ключевые слова:** паллиативная помощь, онкология, медицинская сестра, инкурабельный пациент, сестринский уход.

## БЕЙТАПТАРГА ПАЛЛИАТИВДИК ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮДӨ МЕДАЙЫМДАРДЫН РОЛУ

Курманалиева З.Б., Кулболдуева Б.Ч.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

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

Мээрмандык иш кафедрасы (каф. башчысы, д.м.н., и.о. проф. Бейшенбиева Г.Дж.)

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада медайымдардын паллиативдик жардамдын негиздери боюнча билими жана бейтаптардын алардын жардамына канааттануу даражасы тууралуу талдоо жүргүзүлөт. Изилдөө Бишкек шаарындагы Улуттук онкология борборунда атайын иштелип чыккан анкетанын негизинде жүргүзүлгөн. Сурамжылоодо 48 медайым жана 50 бейтап катышты. Изилдөөнүн негизинде медайымдардын паллиативдик жардамдын негизги аспектери боюнча билими канаттандырырлык эместиги аныкталды. Ошондой эле бейтаптардын көбүнчөсү медайымдардын жардамы менен канааттандырылганы аныкталды. Паллиативдик жардам боюнча баардык медицина билим берүү деңгээлдеринде профессионалдык даярдоонун керектиги аныкталды.

**Негизги сөздөр:** паллиативдик жардам, онкология, медайым, айыкпас оорулуу, медайымдык жардам.

## THE ROLE OF NURSING SPECIALISTS IN PROVIDING PALLIATIVE CARE TO PATIENTS

Kurmanalieva Z.B., Kulboldueva B.Ch.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy (rector – d.m.s., prof. Kudaybergenova I.O.)

Department of nursing (head of dep., d.m.s., a.i. prof. Beyshebieva G.Dj.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** To study the level of awareness of nursing specialists, 48 nurses working in the National Oncology Center in Bishkek and 50 patients were interviewed about the basics of palliative care and the degree of patient satisfaction with nursing care. The inadequate level of professional training and motivation of nurses to care for incurable patients is established. It was revealed that the overwhelming majority of patients were satisfied with nursing care. The importance of training at all levels of medical education in the organization of palliative care has been determined.

**Key words:** palliative care, oncology, nurse, incurable patient, nursing care.

### Введение

Как известно, современная паллиативная медицина - это область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни инкурабельного пациента, в ситуации, когда возможности радикального лечения ограничены или исчерпаны. В то же время, она является одной из наименее изученных отраслей медицины. В виду этого, в настоящее время, в условиях неуклонно растущего числа лиц, нуждающихся в специализированной паллиативной помощи, актуальность изучения проблем данной области медицины, не вызывает сомнения [1,3,9].

Для оказания высококвалифицированной и эффективной паллиативной помощи требуется комплексная работа целой бригады специалистов, прежде всего, совместная работа врача и медицинской сестры, которые имеют специальную подготовку в этой области. Важнейшая роль при этом отводится специалистам сестринского дела, так как именно они тесно контактируют с больными, осуществляя мероприятия по уходу и помогая в реализации основных физиологических потребностей пациента. Поэтому необходимым условием для оказания эффективной паллиативной помощи является тщательный подбор сестринского персонала и его постоянное обучение [2,7,8].

В настоящее время паллиативная медицина в Кыргызстане находится в стадии развития - происходят изменения организационных основ оказания паллиативной помощи населению. Впервые на законодательном уровне было введено и выделено в отдельную статью понятие паллиативной помощи. Основным законом, регламентирующим деятельность учреждений, оказывающих паллиативную помощь, является приказ МЗ КР №449 от 09.06.2016 г. (Статья 1 указанного закона КР о внесении изменений в Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР») [4,5,6].

**Цель работы.** Изучить уровень знаний специалистов сестринского дела об организации паллиативной помощи и степень удовлетворенности пациентов оказываемой сестринской помощью.

### Материалы и методы исследования.

Исследование проводилось на базе Национального центра онкологии г. Бишкек методом опроса по специально разработанной анкете. На основании информированного согласия опросом было охвачено 50 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении паллиативной помо-

щи, и 48 медицинских сестер, из них 18 работающих в отделении паллиативной помощи и 30 в других отделениях.

### Результаты исследования и их интерпретация.

Анализ полученных данных показал, что среди пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении паллиативной помощи, 54% составили женщины и 46% - мужчины. Средний возраст пациентов составил  $65 \pm 18,9$  лет. При этом, возрастную группу больных от 35 до 44 лет составило 4%, от 45 до 54 лет - 14%, от 55 до 64 лет - 24%, от 65 до 74 лет - 34% и больных от 75 до 84 лет - 24%.

Изучение характера питания пациентов показало, что большинство из них находилось на смешанном питании (62%), при этом на самостоятельном питании было 36 % пациентов и 2% их них получали питание через гастростому.

Известно, что хроническая боль является одной из основных жалоб пациентов на последнем этапе жизни. Наше исследование показало, что подавляющее большинство пациентов - 76% испытывают боли различной интенсивности (рис. 1.).



Рис. 1. Интенсивность болевого синдрома у опрошенных онкологических больных, находившихся на стационарном лечении.

Проводимую в стационаре обезболивающую терапию удовлетворительной считали 87% пациентов, остальные 13% отмечали её неэффективность.

Другими, выявленными жалобами пациентов были: одышка – у 18%, потеря аппетита – у 17%, тошнота – у 14% и запор – у 9%.

Из опроса выяснилось, что в большинстве случаев (76%) медсестры не проводят общие мероприятия по уходу, такие как, профилактика пролежней, уход за различными частями тела. Также, опрошенные нами пациенты отметили недостаток внимания и общения со стороны медсестер – 26% медсестер беседуют с пациентами ежедневно, 60% медсестер беседуют с пациентами раз в неделю и 14% не разговаривают с больными, тем самым не оказывая больному моральной и психологической поддержки.

Вторым блоком нашего исследования явилось изучение уровня знаний специалистов сестринского дела об организации паллиативной помощи. Большую часть исследуемых (65%) составили медицинские сестры молодого возраста, по возрасту они распределились следующим образом: от 20 до 29 лет – 25%, от 30 до 39 лет – 40%, от 40 до 49 лет – 23%. И только 12 % опрошенных медсестер были старше 50 лет. Изучение уровня их образования показало, что подавляющее большинство из них – 93% имели среднее профессиональное образование, и только 7% медсестер имели высшее образование.

При опросе выяснилось, что 31% медсестер имели стаж работы более 15 лет, остальные категории: 1-5, 5-10 и 10-15 лет составили по 23% соответственно, таким образом, средний стаж работы респондентов составил 13 лет.

В предложенной анкете 90% медсестер отметили, что довольны выбором и любят свою профессию, 10% опрошенным не нравится занимаемая ими должность и работают они только потому, что «надо» или «вынуждены». Опрашивая медсестер о правовых аспектах паллиативной помощи, мы

выяснили, что 69% из них ничего о ней не знают, лишь 11% медсестер знают о приказе МЗ КР о паллиативной помощи.



Рис. 2. Мнение специалистов сестринского дела об основной цели паллиативной помощи (%).

На вопрос, кому оказывается паллиативная помощь 86% медсестер ответили, что она оказывается только больным с онкопатологией в терминальной стадии, 14% ответили, что паллиативная помощь оказывается также больным с ВИЧ/СПИД и неонкологическими заболеваниями в терминальной стадии.

Наше исследование показало, что более половины медсестер (66%) не владеют методами немедикаментозной терапии болевого синдрома, 9% используют массаж, чтобы облегчить боль, 25% медсестер стараются психологически воздействовать на пациента.

Положительным является то, что изучение морально-этических аспектов работы медсестёр показало, что большинство из них (81%) в своей работе проявляли терпеливое и гуманное отношение к пациентам с соблюдением всех принципов этики и деонтологии. К сожалению, почти каждая 5 медсестра (19%) не всегда придерживалась этих принципов.

Одной из функций деятельности специалистов сестринского дела является обучение пациентов и их родственников приемам ухода и самоухода. Исследование показало, что 75% медицинских сестер информируют и обучают родственников элементам ухода за больными, а 25% из них отметили нехватку времени как причину отказа в этом виде помощи. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников по предупреждению развития стресса и суицидальных мыслей является одной из задач паллиативной помощи. Из числа опрошенных медсестер менее половины (32%) оказывают моральную и психологическую поддержку, 68% медсестер вообще не проводят эту работу.

#### **Выводы:**

Исследование уровня знаний специалистов сестринского дела по вопросам оказания паллиативной помощи выявило, что более половины опрошенных медицинских сестер НЦО г. Бишкек не знают правовых аспектов паллиативной помощи, недостаточно осведомлены о целях и задачах паллиативной помощи. Большая часть опрошенных медсестер не оказывают психологической поддержки пациентам и их родственникам.

Установлен недостаточный уровень профессиональной подготовки медсестер по уходу за incurable пациентами, что обусловлено отсутствием практически на всех уровнях медицинского образования специальной подготовки по организации паллиативной помощи.

Несмотря на достаточно стрессовый характер работы, имеющиеся нехватку знаний и времени у медсестер, большая часть пациентов удовлетворены действиями медицинских сестер и благодарны им.

В связи с вышеизложенным, очень важным является обучение медсестер основам паллиативной помощи на до- и последипломном уровне.

#### **Литература:**

1. Бахтина И.С. Паллиативная помощь. //Сестринское дело. 2008. №7. - с.42.

2. Вишнякова В.А., Володин И.И., Дружинина Т.В. Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи. //Сестринское дело.2007. №2. – с.22
3. Всемирная организация здравоохранения. Программа паллиативной помощи [электронный ресурс] / [http:// - www.who.int/cancer/palliative/definition](http://www.who.int/cancer/palliative/definition)
4. Клиническое руководство по оказанию паллиативной помощи для лечебно-профилактических организаций Кыргызской Республики.//2012.
5. Министерство здравоохранения КР. Приказы и правовые акты [электронный ресурс] / [http:// - www.med.kg](http://www.med.kg)
6. Общественный фонд «Сорос-Кыргызстан». Программа «общественное здравоохранение» [электронный ресурс] / [http:// - www.soros.kg](http://www.soros.kg)
7. Полунина А.К. Проблемы организации паллиативной помощи населению.// Сестринское дело.2008.№3. – с.30
8. Туркина И.В., Петрова А.И., Аверин А.А. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами. Учебное пособие. - М : ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава»,2006. – 172с.
9. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1988. - 338с.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МЕТАНДИЕНОНА НА ОРГАНИЗМ КУЛЬТУРИСТОВ-ЛЮБИТЕЛЕЙ

**Н.К. Монолов, А.С. Султанбеков, А.Н. Кадырбердиев, Ж.Ж. Анашбаев**  
 Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
 Кафедра урологии и андрологии им. М.Т. Тыналиева  
 г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В представленной работе рассматриваются результаты исследования 15 добровольцев мужского пола в возрасте от 20 до 28 лет, которые принимали анаболический стероид (АС) метандиенон на протяжении четырёх недель. До и после курса АС оценивался уровень тестостерона, эстрадиола, пролактина и лютеинизирующего гормона (ЛГ) в крови обследуемых. После завершения приёма препарата отмечалось резкое снижение уровня тестостерона и ЛГ, а также значительный подъём эстрадиола и пролактина. В ходе исследования у части атлетов были выявлены патологические отклонения уровня содержания данных гормонов в крови.

**Ключевые слова:** анаболические стероиды, метандиенон, тестостерон, эстрадиол, пролактин, лютеинизирующий гормон.

## МЕТАНДИЕНОНДУН МАШЫГУУЧУЛАРДЫН ОРГАНИЗМИНДЕ ТАСИИРИН БААЛОО

**Н.К. Монолов, А.С. Султанбеков, А.Н. Кадырбердиев, Ж.Ж. Анашбаев**  
 И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
 М.Т. Тыналиев атындагы урология жана андрология кафедрасы  
 Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** бул макалада өз ыктыяры менен 4 жума ичинде, анаболиктик стероиддерди (АС) колдонуп келген, 20дан 28ге чейинки эркек кишилердин изилдөөсүнүн жыйынтыгы каралган. АС курсуна чейин жана андан кийин кандын курамындагы тестостерондун, эстрадиолдун, пролактиндин жана лютеиндетүүчү гормон (ЛГ) деңгээли аныкталган. Дармекти колдонууну жыйынтыктагандан кийин тестостерондун жана ЛГнин маанилүү өзгөрүшү байкалган, андай сырткары эстрадиолдун жана пролактиндин деңгээли бир кыйла көтөрүлгөн. Изилдөө учурунда кээ бир машыгуучулардын айтылып кеткен гормондордун патологиялык өзгөрүшү табылган.

**Негизги сөздөр:** анаболиктик стероиддер, метандиенон, тестостерон, эстрадиол, пролактин, лютеиндетүүчү гормон.

## THE EVALUATING OF METHANDIENONE'S INFLUENCE ON AMATEUR BODYBUILDERS' ORGANISM

**N.K. Monolov, A.S. Sultanbekov, A.N. Kadyrberdiev, Zh.Zh. Anashbaev**  
 Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
 Department of urology and andrology after M.T. Tynaliev  
 Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** In this study 15 volunteers from age 20 to 28, who had been taking anabolic steroid (AS) methandienone during 4 weeks, were examined. Before and after AS taking the level of testosterone, estradiol, prolactin and luteinizing hormone (LH) in blood was measured. After drug taking session there was a

drastic depression of testosterone and LH level, as well as significant estradiol and prolactin level elevation. During the research a part of the athletes occurred to have pathological deviations of the hormones' level.

**Key words:** anabolic steroids, methandienone, testosterone, estradiol, prolactin, luteinizing hormone

**Введение.** По современным представлениям, анаболическими стероидами (АС) называют класс фармакологических препаратов, которые по химической структуре и фармакологическому действию близки к тестостерону и являются его производными с ослабленным андрогенным и усиленным анаболическим эффектами. Практически все они имеют общие механизмы фармакологического действия. АС повышают пластические и энергетические процессы в организме человека, при этом усиливаются функция клеточного дыхания и кислородтранспортная функция крови, так как общее количество и крови и эритроцитов увеличивается [1,2,3,4]. Они изменяют функционирование таких клеточных процессов, как транскрипция, трансляция, и усиливают формирование белков скелетной мускулатуры и сердечной мышцы [5].

Показаниями для назначения анаболических стероидов являются: кахексия, нарушения белкового обмена, остеопороз различного генеза, прогрессирующая мышечная дистрофия, замедленное образование костной мозоли, задержка роста (инструкция по применению препарата).

Однако анаболические стероиды также применяются в профессиональном и любительском спорте. Особенно широкое распространение анаболические стероиды получили в американском спорте - бодибилдинге и тяжелой атлетике в конце 1950-х и начале 1960-х гг. Это подтверждается исследованиями, в которых говорится о том, что атлеты принимающие допинг в виде анаболических стероидов имеют большую мышечную массу и плотность капилляров скелетной мускулатуры по сравнению с атлетами, не принимающими АС [7].

В соответствии с неофициальными опросами среди данной категории лиц, наиболее популярным препаратом среди культуристов-любителей в Кыргызстане является препарат метандиенон. По нашему мнению, это связано со следующими преимуществами данного препарата: выраженный анаболический и слабый андрогенный эффект, широкая доступность, невысокая стоимость и удобство применения (таблетированная форма).

В связи с возрастанием популярности культуризма как вида спорта и широкой доступности анаболических стероидов в Кыргызстане среди культуристов – любителей сложилась эмпирическая схема приема метандиенона. Целью данного исследования мы поставили изучение влияния данной схемы на уровень таких гормонов как тестостерон, эстрадиол, пролактин, лютеинизирующий гормон (ЛГ).

**Материалы и методы исследования.** С сентября 2017 года по февраль 2018 года нами была отобрана группа из 15 добровольцев мужского пола в возрасте от 20 до 28 лет, которые намеревались пройти курс приема метандиенона. Ранее данные лица АС не употребляли. Обследуемые не имели никаких видимых признаков соматической патологии. Со всеми добровольцами была проведена беседа о возможных негативных последствиях применения указанного препарата без медицинских показаний. До и после прохождения курса метандиенона обследуемым был проведен анализ крови на определение уровня общего тестостерона, эстрадиола, ЛГ и пролактина. Так как данные лица принимали препарат не по назначению, режим и дозировка были выбраны самими атлетами в соответствии со схемами принятыми в их среде (по 10 мг 3-4 раза в сутки на протяжении 4 недель).

**Результаты исследования.** В ходе исследований было выявлено достоверное изменение уровня тестостерона, эстрадиола, пролактина и ЛГ после четырехнедельного курса приема метандиенона. В частности, уровень общего тестостерона у всех обследуемых снизился по сравнению с изначальным уровнем в среднем на 41,16%. У 20% отмечалось снижение ниже границы нормы (рис. 1).

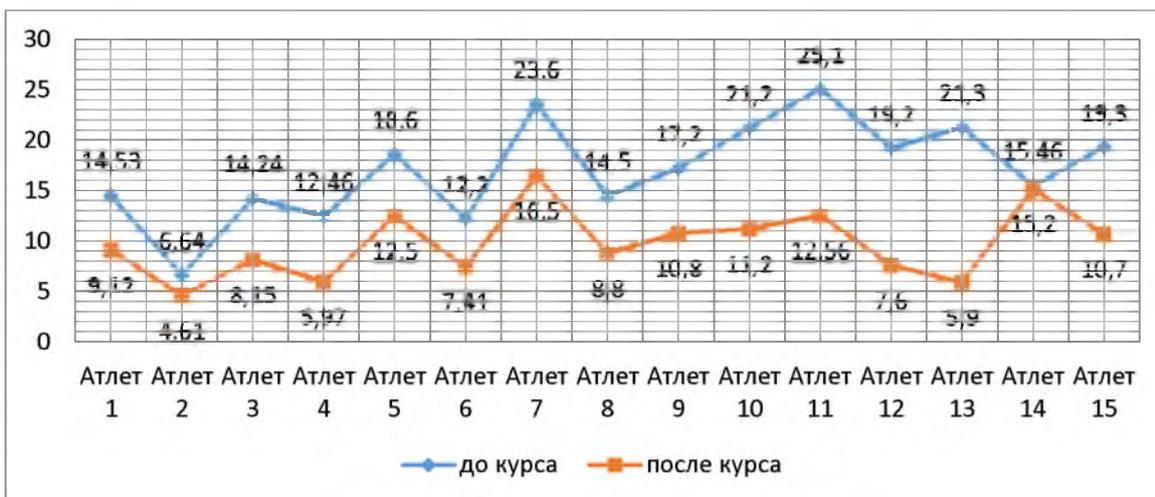


Рис. 1. Сравнительная характеристика уровня тестостерона до и после курса АС (норма = 6.00-30.00 нмоль/л).

Уровень эстрадиола вырос в среднем на 169,75%. У 66,7% обследуемых значения превышали верхнюю границу нормы (рис. 2).

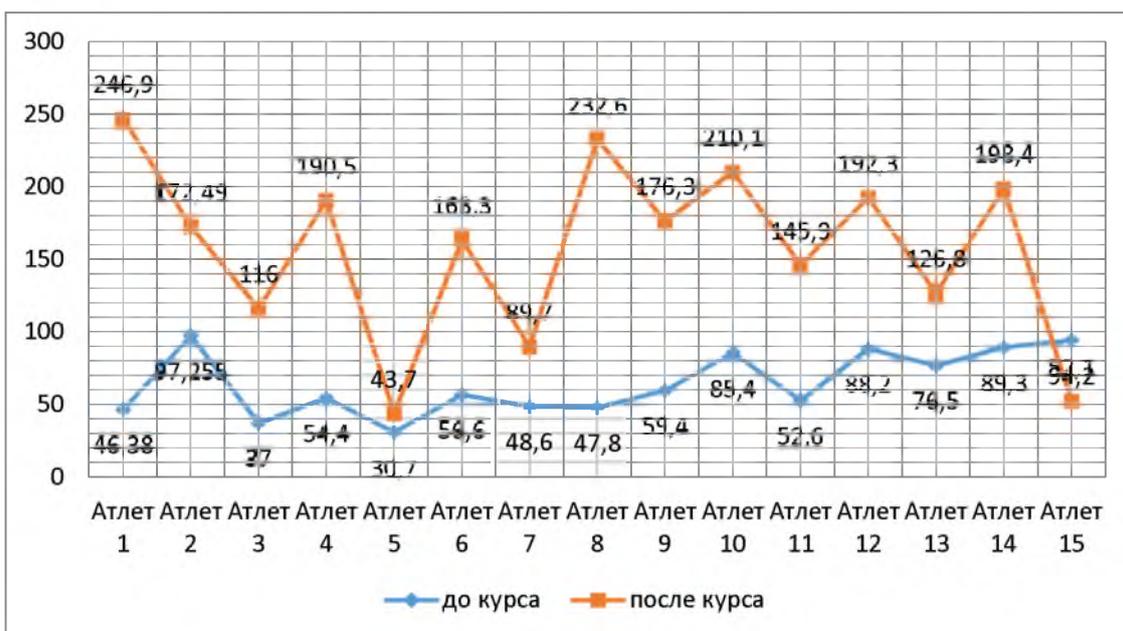


Рис. 2. Сравнительная характеристика уровня эстрадиола до и после курса АС (норма = 28,0-156,0 пмоль/л).

Уровень пролактина увеличился в среднем на 32,97%, но сохранялся в пределах нормы. (рис. 3).

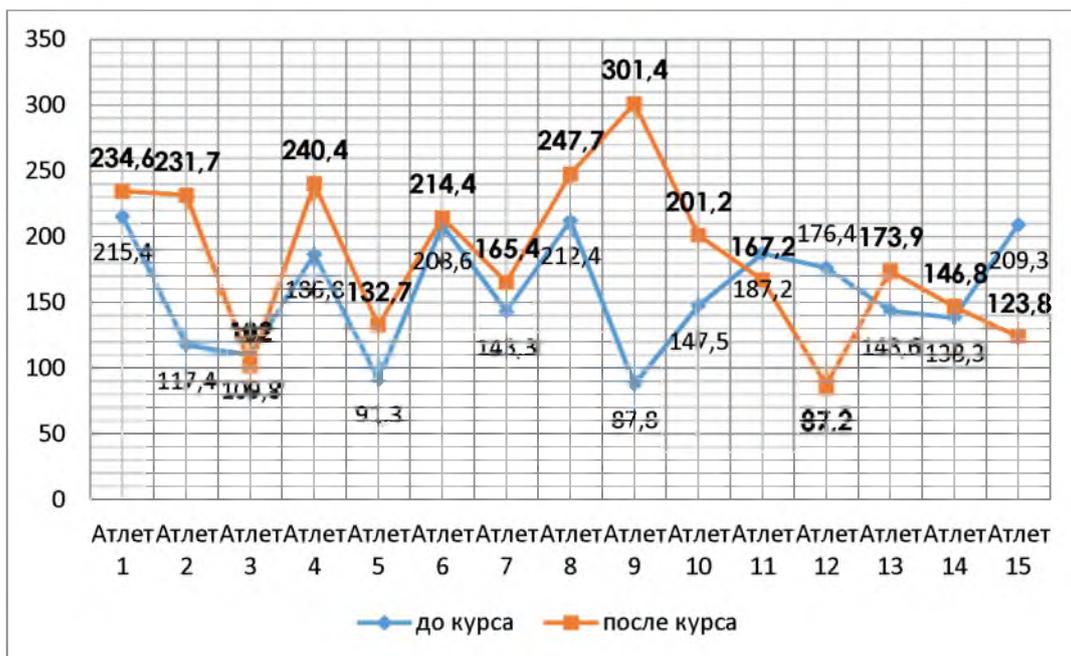


Рис. 3. Сравнительная характеристика уровня пролактина до и после курса АС (норма = 86,0 – 324,0 мМЕ/л).

Уровень ЛГ снизился в среднем на 64,46%, у 60% обследуемых отмечалось патологическое снижение (рис. 4).

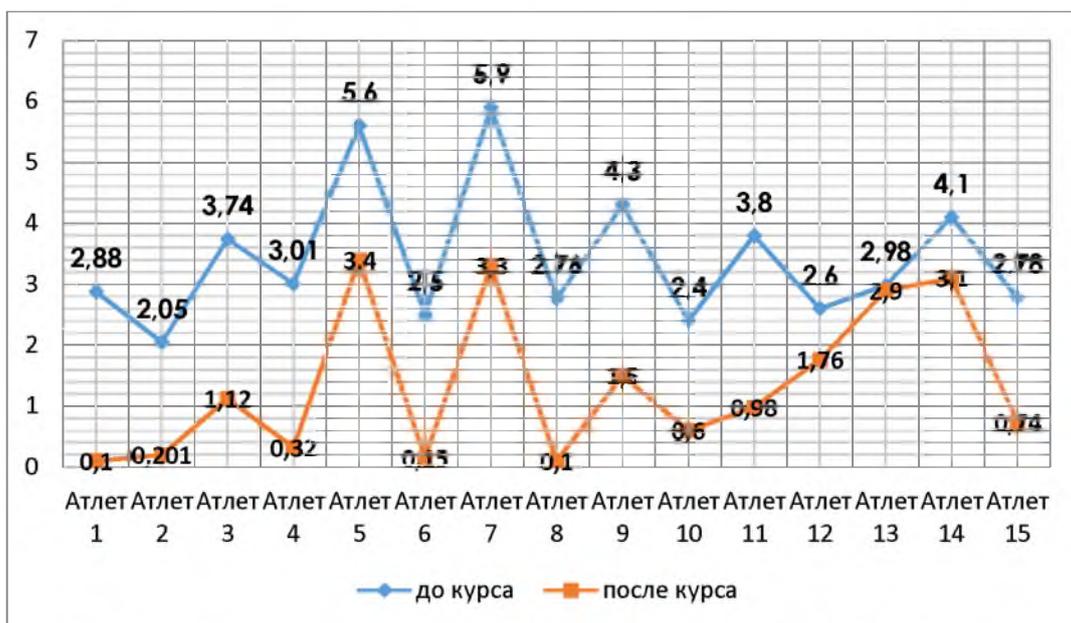


Рис. 4. Сравнительная характеристика уровня ЛГ до и после курса АС (норма = 1,27 – 7,80 МЕ/л).

**Обсуждение.** Данные исследования показали значительное изменение уровня тестостерона, эстрадиола, пролактина и ЛГ. Снижение уровня эндогенного тестостерона было вызвано избыточным поступлением экзогенного. Уровень эстрадиола повысился вследствие ароматизации тестостерона. ЛГ снизился по механизму обратной отрицательной связи. Пролактин увеличился вследствие повышения уровня эстрадиола.

**Заключение.** Выявленные изменения указывают на потенциальную опасность подобного применения АС, так как у некоторых атлетов наблюдались отклонения от нормальных показателей после окончания курса метандиенона. Произошло патологическое снижение уровня тестостерона у 20% и ЛГ у 60% атлетов, в то время как показатели эстрадиола превысили норму у 60% добровольцев.

### **Литература:**

1. Платонов, В.Н. Допинги и эргогенические средства/ В.Н. Платонов, С.А. Олейник. – Киев, 2003. – 307 с.
2. Сейфулла, Р.Д. Допинговый монстр/ Р.Д. Сейфулла, И.А. Анкудинова. – Москва, 1996. – 68 с.
3. Hoberman, J.M. Testosterone dreams: rejuvenation, aphrodisia, doping/ J.M. Hoberman. – Berkeley: Univ. of California press, 2005. – 381 p.
4. Honrath, W.L. History of testosterone derivatives synthesis and its metabolism in microsomal fraction in rats liver/ W.L. Honrath, A. Wolff, A.F. Mello. - Steroids. – 2003. – 10 p.
5. Дедов, И.И. Эндокринология. Национальное руководство. Краткое издание/ И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 432 с.
6. Yu, J-G. Effects of Long Term Supplementation of Anabolic Androgen Steroids on Human Skeletal Muscle/ J-G Yu, A. Eriksson, P.S. Stal, Y. Tegner, C. Malm. - PLOS ONE, 2014.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Кунгурова А., Лим Е.Ф., Саяков У.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,  
Кафедра онкологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данной работе проведен анализ факторов риска развития злокачественных новообразований молочной железы. Рассмотрена роль следующих факторов: репродуктивная функция, гинекологические заболевания, заболевания щитовидной железы, прием оральных контрацептивов, питание, предшествующие заболевания молочной железы. Приведены результаты когортного исследования данных факторов. Выявлено, что для больных РМЖ характерно нарушение репродуктивной функции в 83% случаев. Патология со стороны щитовидной железы наблюдается почти в 100% случаев РМЖ. В половине случаев РМЖ возникает на фоне предшествующей патологии молочной железы и обменных нарушений. Прием оральных контрацептивов не имеет значительного влияния на риск возникновения РМЖ.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, факторы риска, мастопатия.

## **СҮТ БЕЗИНИН РАК ООРУУСУНУН ӨНҮГҮҮСҮНӨ КОРКУНУЧ ЖАГДАЙЛАРЫ**

**Кунгурова А., Лим Е.Ф., Саяков У.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,  
Онкология кафедрасы.  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул жумушта жугуштуу эмчек шишиктерди өнүктүрүү үчүн тобокел жагдайларды талдоодон өткөрдүк. Коркунуч шишик пайда болуунун өнүктүрүү тобокелдик факторлору тандалган. Репродуктивдүү функциясы, гинекологиялык оорулары, калкан оорулары денеге байланыштуу патология, оралдык контрацептивдерди пайдалануу, сүт безинин муруцку ооруларынын коркунуч жагдайлары каралган. Мына ушул когорттук изилдөөнүн натыйжалары. Ал эми эмчек рагы менен оруган учурлары 83%га көбөйдү. Калкан безинин патология эмчек рагы менен оругандарынын учурлары дээрлик 100%. Эмчек рагы менен оругандарынын жарымынсы эмчек патология жана зат алмашуу оорулар алкагында пайда болгон. Оралдык контрацептивдерди колдонуу эмчек рагына оорчу таасир тийгизбейт.

**Негизги сөздөр:** Сүт безинин рагы, көркүнүч жагдайлары, мастопатия.

## **RISK FACTORS FOR BREAST CANCER**

**Kungurova A., Lim E.F., Sayakov U.K.**

Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbaev,  
Department of Oncology  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** The analysis of risk factors for development of malignant neoplasms of the breast is conducted in this work. The role of the following factors is considered: reproductive function, gynecological diseases, thyroid gland diseases, oral contraceptive use, nutrition, previous breast diseases. The results of a cohort study of these factors are presented. It was revealed that the reproductive function in 83% of cases is characteristic of breast cancer patients. Pathology on the part of the thyroid gland is observed in almost 100% of cases of

breast cancer. In half of the cases, breast cancer occurs against the background of the previous pathology of the breast and metabolic disorders. The intake of oral contraceptives does not significantly affect the risk of breast cancer.

**Key words:** breast cancer, risk factors, mastopathy.

Рак молочной железы (РМЖ) – одна из самых актуальных проблем современной клинической онкологии. В структуре онкопатологии женского населения во всем мире РМЖ занимает 1 место. В 2017 году в Кыргызстане выявлено 3240 случаев злокачественных новообразований молочной железы [1,2]. Наряду с ростом заболеваемости происходит и увеличение смертности. От данной патологии каждый год в Кыргызстане умирают около 250 женщин. К сожалению, зачастую это женщины репродуктивного возраста. В последнее время отмечается тенденция к омоложению РМЖ [3,4].

Возникновение и развитие рака молочной железы связано с множеством факторов, в том числе: репродуктивная функция, заболевания щитовидной железы, прием оральных контрацептивов, фактор питания, предшествующие заболевания молочной железы [5,6]. Рассмотрим каждый фактор по отдельности:

#### **Репродуктивная функция.**

Повышенный риск развития РМЖ связан с ранним наступлением менархе и с поздней менопаузой. Женщины, у которых начало менструации приходится на период до 13 лет, а наступление менопаузы после 55 лет имеют в 2-2,5 раза выше риск развития РМЖ, чем женщины, у которых менопауза наступила до 45 лет [8].

Важным фактором риска является аборт, во время которого травмируется матка, нарушается функция гипоталамо-гипофизарной системы и прерываются физиологические пролиферативные процессы в тканях молочной железы. Особенно неблагоприятно отражаются на состоянии молочной железы 3 и более абортов [8].

Нерожавшие женщины имеют более высокий риск заболеть РМЖ по сравнению с рожавшими. Более того, женщины, впервые рожавшие до 18 лет, имеют меньше шансов заболеть по сравнению с теми, первые роды которых произошли в возрасте 25 лет и старше (риск увеличивается на 40%) [8].

#### **Гинекологические заболевания.**

Среди факторов риска РМЖ важная роль принадлежит наличию в анамнезе гинекологических заболеваний, в частности воспалительным процессам в придатках матки. Мастопатия часто встречается при гиперэстрогемии, проявлениями которой являются: дисфункциональные маточные кровотечения, ановуляторное бесплодие, миома матки, эндометриоз, фолликулярные кисты яичников [7].

#### **Прием оральных контрацептивов.**

Риск развития доброкачественных заболеваний и РМЖ увеличивается у женщин, принимавших контрацептивы до рождения первого ребенка и совместно с прерыванием первой беременности [9]. В остальных случаях оральные контрацептивы не оказывают отрицательного влияния на молочную железу, а в некоторых случаях даже используются для профилактики мастопатии [9].

#### **Заболевания щитовидной железы.**

Щитовидная железа оказывает огромное влияние на функционирование и формирование репродуктивной системы женщины. Активность щитовидной железы изменяется во все периоды развития женского организма: пубертатный, беременность, лактация, климакс. Патология щитовидной железы может быть причиной преждевременного или позднего полового созревания, аменореи, галактореи и бесплодия [10]. Гипофункция щитовидной железы повышает риск возникновения РМЖ в 3,8 раза [10].

#### **Предшествующие заболевания молочной железы.**

Наиболее часто встречающимся предраковым заболеванием молочной железы является фиброзно-кистозная мастопатия. Мастопатия это длительная ускоренная пролиферация эпителия и соединительной ткани, гиперплазия и дисплазия клеточных элементов. Существует 3 степени дисплазии клеточных элементов. К раку приводят 2 и 3 степень дисплазии. Преобразование фиброаденоматоза в рак зависит от его формы, степени развития и лечения. При своевременном и грамотном лечении фиброзно-кистозной мастопатии, она может длительно существовать в фазе ремиссии и не переходить в рак.

#### **Фактор питания.**

Фактор питания играет важную роль не только в развитии РМЖ, но и во всей нашей жизни. От правильности питания зависит наше здоровье, наш сон и, даже, наше настроение. Генотоксиче-

ские канцерогенные факторы, выделенные из жирных продуктов, могут играть роль промоторов в развитии рака молочной железы [11].

Чтобы предупредить развитие рака молочной железы нужно проводить профилактику факторов риска. Из опрошенных нами женщин 58% не знают о мерах профилактики РМЖ. Отсюда следует, что нужно проводить беседы с женщинами о факторах риска РМЖ и мерах их профилактики. Все женщины должны знать, что:

- Женщинам, старше 35 лет нужно делать УЗИ и маммографию молочных желез один раз в год;
- Осмотр у гинеколога 1 раз в 6 месяцев;
- Ежемесячное самообследование молочной железы на 5 день от начала менструального цикла у женщин репродуктивного возраста, и 1 раз в месяц у женщин в менопаузе.

#### **Материалы и методы.**

В исследование было включено 70 пациентов, которые обратились в кабинет маммолога в Национальном Центре Онкологии в январе месяце 2018 года. Все женщины были протестированы по специально составленному опроснику.

#### **Результаты исследования.**

В исследование было включено 70 пациенток. При распределении по возрасту:

- 21-30 лет – 25 человек – 36%
- 31-40 лет – 9 человек – 13%
- 41-50 лет – 19 человек – 27%
- 51-60 лет – 9 человек – 13%
- 61-70 лет – 6 человек – 9%
- Старше 70 лет – 2 человека – 2%

Медиана возрастов – 25 (21-30) лет.

После полного клинического обследования, пациентки были распределены по нозологическим группам:

- РМЖ – 6 человек – 9%
- Мастопатии – 20 человек – 29%
- Фиброаденома – 1 человек – 1%
- Мастит – 3 человека – 4%
- Здоровые женщины – 40 человек – 57%

Анализ результатов опроса пациентов выявил следующие данные:

- Нарушение репродуктивной функции у больных РМЖ встречается в 83% случаев, у больных мастопатией в 50% случаев и у здоровых женщин в 33% случаев.
- Гинекологические заболевания у больных мастопатией в 25% случаев, а у здоровых женщин в 28% случаев. В группе больных РМЖ гинекологические заболевания не встречались.
- Оральные контрацептивы принимали 17% женщин, болеющих РМЖ; 40% женщин, имеющих мастопатию; 25% здоровых женщин.
- Патология щитовидной железы встречалась в 100% случаев у женщин РМЖ, в 70% случаев у женщин с мастопатией и в 33% случаев у здоровых женщин.
- Также было выявлено, что в 50% случаев нашего исследования раку молочной железы предшествует мастопатия.
- Нарушения питания наблюдаются в 50% случаев у женщин РМЖ, в 50% случаев у женщин с мастопатией, и в 45% случаев у здоровых женщин.

#### **Выводы:**

Таким образом, выявлено, что для больных РМЖ характерно нарушение репродуктивной функции в 83% случаев; патология со стороны щитовидной железы в нашем исследовании наблюдается почти в 100% случаев РМЖ; в половине случаев РМЖ возникает на фоне предшествующей патологии молочной железы и обменных нарушений; прием оральных контрацептивов не имеет значимого влияния на риск возникновения РМЖ, что соответствует данным литературы.

#### **Литература:**

1. Кудайбергенова И.О. Перспективы и развитие онкологической службы в Кыргызстане / И.О. Кудайбергенова // Актуальные вопросы онкологии и радиологии: сб. науч. тр. 1999. С. 5–8.2.
2. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2006 году / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008. Т. 19. № 2 (прил. 1). С. 52–91.
3. Поспехова Н.И. Комплексный анализ наследственной формы рака молочной железы и/или яичников: молекулярно-генетические и фенотипические характеристики: автореф. дис. ... д-ра биол. наук / Н.И. Поспехова. М., 2011. 47 с.
4. Чиссова В.И. Рак молочной железы / В.И. Чиссова, С.Л. Дарьялова // Онкология: клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 271.
5. Айламазян Э.К. Современные подходы к профилактике рака молочной железы у больных полиферативными процессами репродуктивной системы // Медицинский академический журнал. – 2006. – Т.6, №3. – С. 16-27.
6. Гарин А.М., Базин И.С. Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей. – М.: Медицина, 2006. – 266 с.
7. Зотов А.С. Мастопатии и рак молочной железы // А.С. Зотов, Е.О. Белик. – 4-е изд., доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – С. 17-18.
8. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Клиническая маммология. Тематический сборник, 1-е издание. – М., 2005. – С. 200.
9. Савельева И.С. Особенности гормональной контрацепции и молочные железы. – М.: Медицина, 2003. - №4. – С. 87-90.
10. Гуревич Г.И., Каргина Е.В., Родионова Т.И., Каргина Л.В. Сочетание рака щитовидной железы и мастопатии // Материалы III Всерос. Тиреодологического конгресса «Диагностика и лечение узлового зоба». – М., 2004. – С. 117-118.
11. Miller A. The Canadian national breast cancer screening study // J. Natl. Cancer Ins. – 2000. – Vol. 92. – P. 1490-1499.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОДТИПОВ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА ПО КЛАССИФИКАЦИИ TOAST ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА SITS-КЫРГЫЗСТАН**

**Луценко И.Л., Султанова А.У.**

**Науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.**

**Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,**

**г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

**Султанова Айшоола – 4 курс лечебный факультет КГМА им. И.К. Ахунбаева**

**Актуальность.** В настоящее время самой распространенной классификацией ишемического инсульта (ИИ) во всем мире является классификация TOAST (Trial of ORG 10172 in acute stroke) [1-3], однако в Кыргызстане она используется лишь в двух пилотных отделениях, где внедрены регистры инсульта SITS и RES-Q.

**Цель исследования.** Изучить и описать клинические особенности, факторы риска и исходы у больных с ишемическим инсультом согласно классификации TOAST, включенных в регистр SITS-Кыргызстан.

**Материалы и методы.** Объектом наблюдения явились больные в остром периоде ИИ, включенные в регистр SITS-Кыргызстан. SITS-Кыргызстан - регистр, проводимый по минимализированному протоколу All Patient Protocol minimal (APP-m) в двух центрах города Бишкек. С ноября 2015 года по февраль 2018 года в регистр SITS-Кыргызстан было внесено всего 1018 пациентов в возрасте от 17 до 98 лет из отделения ангионеврологии Городской клинической больницы №1 (ГКБ№1) и Чуйской объединенной областной больницы (ЧООБ). ИИ подтверждался на режиме диффузионно-взвешенных изображений магнитно-резонансной томографии МРТ, проведенной в течение первых 3 часов после дебюта симптомов. Тяжесть неврологических нарушений оценивалась по шкале National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) на первый и седьмой дни. Степень инвалидизации оценивалась по модифицированной шкале Ренкина (mRS) на период до, на седьмой день и на третий месяц после перенесенного инсульта. С помощью регистра и нами разработанной диагностической формы было проведено классифицирование этиопатогенетических подтипов всех видов ИИ в нашей выборке согласно классификации TOAST (атеросклероз крупной артерии, кардиальная эмболия, окклюзия малого сосуда, инсульт другой уточненной этиологии и инсульт неуточненной этиологии [1]).

**Результаты.** Из всех 1018 больных включенных в регистр SITS, 742 (72,9%) пациента представлены с диагнозом ишемический инсульт (ИИ). По критериям TOAST превалировал атеросклероз крупной артерии (АКЦ): 408 (55%). Кардиальная эмболия (КЭ) наблюдалась у 140 больных (18,9%), окклюзия мелкого сосуда (ОМС) - у 100 (13,5%), инсульт другой уточненной этиологии (ДУЭ) - 51 (6,9%), с инсультом неуточненной этиологии (НУЭ) - 43 (5,8%) пациента. В группе ДУЭ наблюдались больные с тромбозом синусов и вен, с диссекцией экстракраниальных сосудов, инсультом при беременности и послеродовом периоде, с болезнью Такаюсу, митохондриальным инсультом. Медиана возрастов разных подтипов ИИ в категории мужчины и женщины была наиболее высокой при КЭ - 69 (61;77) и 77 (67,25;82) соответственно, в этой же группе наблюдались самые тяжелые неврологические расстройства (по шкале NIHSS на первый день инсульта ( $10,29 \pm 5,334$ ), которые привели к наиболее выраженной инвалидизации среди всех подтипов инсульта и на седьмой день со средним баллом mRS  $2,69 \pm 1,735$ ). Наиболее легкий инсульт наблюдался в группе пациентов с окклюзией мелкого сосуда - NIHSS ( $6,65 \pm 4,389$ ), и в этой же группе выявлена наименьшая степень инвалидизации (mRS= $1,87 \pm 1,352$ ). У пациентов с неуточненным инсультом баллы по шкале NIHSS на первый день инсульта составили  $9,69 \pm 6,159$ , что говорит об умеренном неврологическом расстройстве. Показатели тяжести инсульта достоверно различались во всех подгруппах по TOAST,  $p=0.0001$ . У больных к третьему месяцу после перенесенного ИИ наблюдалась тенденция к ухудшению состояния: при КЭ степень инвалидизации увеличилась (медиана mRS =5 (2;6), что соответствует тяжелому нарушению жизнедеятельности). Значительные изменения степени инвалидизации на третий месяц наблюдались и при инсульте с неуточненной этиологией (медиана mRS =3 (1;6), тогда как на седьмой день данные были ниже: медиана - 2 (1;4)),  $p=0.001$ . Значимыми факторами риска явились неклапанные нарушения ритма, отсутствие приема антиаритмических препаратов при показаниях, гиперкоагуляция, нелеченная артериальная гипертензия.

**Выводы.** Использование этиопатогенетической классификации TOAST критически важно для назначения дифференцированной терапии в остром периоде ишемического инсульта, а также при выписке больного на дом. Низкая выявляемость неклапанных и клапанных нарушений ритма, малое назначение противоаритмических препаратов с профилактической целью а также низкий комплаенс больных антиаритмической терапии вкуче с оральными антикоагулянтами является причиной развития кардиоэмболического инсульта у значительной части больных, включенных в регистр SITS. Отказ от приема антикоагулянтов и антиаритмических препаратов оставляет данный вид инсульта наиболее инвалидизирующим в раннем восстановительном периоде инсульта.

#### **Литература:**

1. Adams H.P. Jr., Bendixen B.H., Kappelle L.J., Biller J., Love B.B., Gordon D.L., Marsh III E.E., and the TOAST Investigators. Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke Definitions for Use in a Multicenter Clinical Trial. *Stroke* 1993; 24:35-41.

- Marnane M., Duggan C.A., Orla C.Sh., Merwick A., Hannon N., MB, Curtin D., Harris D., Williams E.B, Horgan G., Kyne L., McCormack P. M.E., Duggan J., Moore A., Crispino-O'Connell G., Kelly P. J. Stroke Subtype Classification to Mechanism-Specific and Undetermined Categories by TOAST, A-S-C-O, and Causative Classification System Direct Comparison in the North Dublin Population Stroke Study. *Stroke*. 2010;41:1579-1586.
- Chen P., Gao Sh., Wang Y., Xu A., Li Y., Wang D. Classifying Ischemic Stroke, from TOAST to CISS. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 18 (2012) 452-456.

**ГОЛОВНАЯ БОЛЬ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА:  
КРАТКОСРОЧНОЕ ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА SITS-КЫРГЫЗСТАН**

**Луценко И.Л., Исмаилова А., Султанова А.**

**Науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.  
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева (Кыргызстан)  
Исмаилова Азиза – студентка 5 курса, лечебного факультета КГМА**

**Актуальность:** Головная боль (ГБ) часто предшествует очаговым симптомам ишемического инсульта (ИИ) и наблюдается в его остром периоде [1]. ГБ часто возникает при остром инсульте, но многие характеристики головной боли остаются не описанными досконально [1-3].

**Цель:** Провести анализ динамики течения головной боли в остром периоде ишемического инсульта согласно новой классификации головной боли International Headache Society (IHS)-2017 [4].

**Материалы и методы:** Дизайн: краткосрочное проспективное когортное исследование.

Объектом наблюдения были пациенты с ишемическим (ИИ) и транзиторной ишемической атакой (ТИА), получающие стационарное лечение в отделении ангионеврологии городской клинической больницы №1 (ГКБ1) и включенные в регистр инсульта SITS-Кыргызстан. Все больные были протестированы по специально составленной диагностической форме (ДФ), включающей вопросы о виде, характере, локализации, факторах риска возникновения ГБ, методах купирования ГБ до поступления в стационар. Также мы оценивали интенсивность ГБ по шкале ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли), для подтипов инсульта использовали классификацию TOAST, тяжесть инсульта оценивали по шкале NIHSS и степень инвалидизации - по шкале Ренкина (mRS). На основании ДФ удалось выявить тип ГБ согласно классификации IHS. В программе SPSS 20 с использованием описательных статистик выявлены частоты типов ГБ при каждом подтипе инсульта, статистические связи числовых переменных ВАШ, NIHSS, Ренкина с помощью теста Фишера.

**Результаты:** Всего исследование включило 74 пациента в остром периоде ИИ, из них женщин было 52%. Средний возраст больных с ГБ составил  $58,6 \pm 11,9$  лет, а без ГБ -  $65,2 \pm 13,1$  лет; достоверных различий возрастов в этих группах не было ( $p=0,131$ ). В нашем исследовании у пациентов с ишемическим инсультом, ГБ наблюдалась в 42% случаев, из них чаще ГБ встречалась у женщин 53,6%. Из всех подтипов ИИ по TOAST, ГБ наблюдалась чаще при атеротромботическом типе инсульта 32,1%. Преобладали головная боль напряжения, мигрень, и вторичная головная боль при сосудистых заболеваниях. Головная боль при Средний балл интенсивности ГБ по ВАШ в дебюте ИИ составил  $2,98 \pm 2,4$  и имел тенденцию к уменьшению на 7 день:  $1,64 \pm 1,3$  балла ( $p=0,0001$ ). ГБ чаще встречалась у пациентов с окклюзией бассейна корковых ветвей средней мозговой артерии: в 26,3%. В нашем исследовании у пациентов с ИИ не наблюдалось достоверной связи между тяжестью инсульта по шкале NIHSS и выраженностью ГБ по шкале ВАШ.

**Выводы:** Таким образом, впервые в г. Бишкеке проведен диагностический анализ типов головной боли согласно новой классификации IHS-2017 у пациентов в остром периоде ИИ. Анализ ГБ в остром периоде и тщательная ее классификация являются неотъемлемым этапом установления верного этиопатогенетического подтипа ИИ по критериям TOAST, и как следствие, дифференцированного лечения последнего.

**Литература:**

- J.M. Ferro, MD; T.P. Melo, MD; V. Oliveira, MD; A.V. Salgado, MD; M. Crespo, MD; P. Canhão, MD; A.N. Pinto, MD. A Multivariate Study of Headache Associated With Ischemic Stroke. October 25, 1994. Lisboa, Portugal.
- P.J. Koudstaal, J van Gijn, L.J. Kappelle. Headache in transient or permanent cerebral ischemia. Dutch TIA Study Group. *Stroke*. 1991; 22:754-75. Originally published June 1, 1991
- J.M. Ferro, MD; T.P. Melo, MD; V. Oliveira, MD; A.V. Salgado, MD; M. Crespo, MD; P. Canhão, MD; A.N. Pinto, MD. A Multivariate Study of Headache Associated With Ischemic Stroke. October 25, 1994. Lisboa, Portugal.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) 2013. *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. *Cephalalgia* 33(9) 629-808.

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА РЕЖИМА ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННЫХ  
ИЗОБРАЖЕНИЙ НА МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ  
В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА:  
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕГИСТРА ИНСУЛЬТА SITS-КЫРГЫЗСТАН**

**Луценко И.Л., Айдаралиева А.М., Султанова А.У., Нажмудинова Д.Д., Исмаилова А.М.**

**Науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.**

**Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева (Кыргызстан)**

**Луценко Инна Леонидовна**

**Айдаралиева Айгерим – студентка 4 курса, лечебного факультета КГМА**

**Актуальность:** Диффузно-взвешенные изображения (DWI) являются режимом магнитно-резонансной томографии (МРТ). Методика DWI основана на регистрации изменений характера броуновского движения молекул воды при различных патологических процессах [3]. Этот режим превосходит другие диагностические методы раннего выявления острого ишемического инсульта (ИИ), небольших ишемических поражений и множественных эмболических инсультов и является в настоящее время золотым стандартом диагностики инфаркта мозга [1,2].

**Цель:** Оценить диффузионные характеристики головного мозга с помощью магнитно-резонансной томографии при ишемических инсультах полушарной локализации и провести их корреляцию с пятью категориями ИИ согласно классификации Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST).

**Методы и материалы:** Объектом наблюдения были больные в остром периоде ИИ, имеющие очаг ишемии на МРТ. Исследование больным проводилось на аппарате “Hitachi Echelon Oval 1,5 T” в течение первых суток после дебюта симптоматики, и для уточнения диагноза использовали режимы DWI, FLAIR и T2, проводя их корреляцию в каждом случае индивидуально. Больные находились на стационарном лечении в отделениях ангионеврологии Городской Клинической Больницы 1 (ГКБ1) и в Чуйской Областной Объединенной Больницы (ЧООБ). Все больные были включены в регистр инсульта SITS-Кыргызстан за период 28.01.17-25.02.18. Нами была создана диагностическая форма (ДФ), куда были включены демографические показатели, подтип инсульта согласно классификации TOAST, тяжесть ИИ согласно шкале NIHSS, степень инвалидизации согласно шкале Бартела (mRS). Учитывался бассейн окклюзии сосудов головного мозга, размер очага ишемии, сторона очага, его форма и границы, а также являлся очаг единичным или множественным. С помощью ДФ был уточнен подтип инсульта согласно классификации TOAST. Помимо расчета описательных статистик, были найдены статистические связи между числовыми (тест Фишера) и номинальными переменными (тест хи-квадратов).

**Результаты:** В исследование было включено 329 человек. Средний возраст пациентов составил  $64,38 \pm 12,13$  лет. При атеротромботическом инсульте чаще встречалось умеренное неврологическое расстройство согласно шкале NIHSS (38,2%), тогда как при кардиоэмболическом инсульте чаще встречались умеренные и тяжелые (по 33,3%), а при лакунарном – легкие (47,6%). Больше всего ишемический инсульт наблюдался в бассейне глубоких ветвей СМА слева и справа (18,5% и 14,9% соответственно), а меньше всего в наружной водораздельной зоне слева (0,3%) и в верхушке внутренней сонной артерии слева (0,3%). Превалировали очаги малого размера (40,4%), затем следовали очаги среднего размера (22,5%), и далее – большого (9,7%) размера. Меньше всего было очагов очень большого размера (3,0%). Чаще всего большие очаги наблюдались в бассейне корковых ветвей СМА слева (20,5%), а самые маленькие очаги в бассейне глубоких ветвей СМА слева (35,9%). В бассейнах каротидной бифуркации справа, в наружной водораздельной зоне справа, в верхушке внутренней сонной артерии справа и в диссекции позвоночной артерии слева очагов ишемии на МРТ снимках в режиме DWI зафиксировано не было. Форма очага при разных подтипах ИИ была различной: при атеротромботическом чаще всего встречались формы в виде треугольника, при кардиоэмболическом множественные очаги неправильной формы, а при лакунарном в виде круглого или овального очага. У большинства больных ориентиром острой ишемии был режим DWI; в режиме же FLAIR очаги не всегда выявлялись в первые 3 часа ишемических нарушений, не визуализировалась вся площадь поражения и не были видны четкие контуры очага.

**Выводы:** DWI является золотым стандартом при визуализация ранних стадий ишемического инсульта. В отличие от других режимов (FLAIR, T1, T2), DWI визуализирует свежий очаг ишемии и служит ориентиром для начала тромболитической терапии при остром ишемическом инсульте.

### **Литература:**

1. Lee L.J., Kidwell C.S., Alger J., Starkman S., Saver J.L. Impact on stroke subtype diagnosis of early diffusion-weighted magnetic resonance imaging and magnetic resonance angiography. *Stroke*. 2000;31:1081-1089.
2. Roh J.K., Kang D.W., Lee S.H., Yoon B.W., Chang K.H. Significance of acute multiple brain infarction on diffusion-weighted imaging. *Stroke*. 2000;31: 688-694.
3. Э.Д. Акчурина, Е.А. Мершина, В.Е. Сеницын. Диффузионно-взвешенные изображения при очаговой патологии печени. *Медицинская визуализация №2, 2011, с. 19.*

## **ТЕЛЕФОННЫЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ОТСЛЕЖИВАНИЯ ИСХОДОВ**

**Луценко И.Л., Асылбек кызы Н., Султанова А., Нажмудинова Д., Исмаилова А.,  
Омурбеков С., Айдаралиева А., Титаренко Д.Б.**

**Науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.  
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева (Кыргызстан)  
Асылбек кызы Нуриза, студентка 4 курса лечебного факультета КГМА**

**Актуальность:** Наиболее активное восстановление двигательных функций происходит в первые 3 месяца после перенесенного инсульта [1], однако динамика течения постинсультного периода часто остаётся неизвестной из-за отсутствия контроля состояния пациентов. Опыт телефонного мониторинга, проводимого после перенесённого инсульта и острого коронарного синдрома в США и странах Западной Европы показал улучшение приверженности пациентов терапии и отсутствие «синдрома белого халата», когда цифры артериального давления при измерении на приеме могут быть завышенными [2]. Регулярное посещение семейного врача или невролога после инсульта остаётся одной из нерешенных проблем вследствие тяжести состояния больного, инвалидизации или отсутствия мотивации у пациентов. Телефонный мониторинг помогает отслеживать исходы, контролировать состояние больных и корректировать лечение [3].

**Цель:** С помощью телефонного мониторинга оценить степень инвалидизации больных, включенных в регистр инсульта SITS к третьему месяцу после перенесенного сосудистого события, а также соблюдение ими адекватной медикаментозной терапии.

**Материалы и методы.** Объектом наблюдения явились все пациенты включенные в международный регистр инсульта “Safe Implementation Treatment of Stroke” (SITS)-Кыргызстан в период с ноября 2015 года и получившие лечение в ангионеврологическом отделении Городской клинической больницы №1 и Чуйской областной больницы. Телефонное консультирование было проведено студентами и клиническими ординаторами, участвующими в регистре SITS-Кыргызстан. Во время телефонной беседы с больными или их родственниками нами была определены степень и инвалидизации после перенесенного инсульта согласно модифицированной шкале Рэнкина (mRS), соблюдение больными специфической медикаментозной терапии (регулярный прием гипотензивных, антиаритмических препаратов, оральных антикоагулянтов и т.д.), а также смертность в ранний восстановительный период после инсульта.

**Результаты:** В исследование было включено 824 пациента, мужчин в наблюдении было 52,4%. Данные 55,1% пациентов были неизвестны, вследствие недоступности информации о пациентах. Медиана mRS до перенесенного инсульта составляла 0 (0;0), что соответствует отсутствию существенных нарушений жизнедеятельности, а на 7 день и 3 месяц медиана составила 2(1,3) и 2 (1;5) соответственно, что говорит о легком нарушении жизнедеятельности. Выраженные нарушения жизнедеятельности и инвалидизация наблюдались к третьему месяцу после кардиоэмболического инсульта (mRS: 5 (2;6), а при лакунарных и других редких видах инсульта наблюдалось отсутствие инвалидирующих симптомов (mRS:1(1;3)). Летальность больных в первые 3 месяца после перенесенного инсульта составила 20%. Регулярно гипотензивные препараты принимали лишь 52,4%. Из всех пациентов наименования и дозировки препаратов знали только 15,9% пациентов. Из гипотензивных препаратов больные чаще принимали препараты из группы ингибиторов АПФ – эналаприл (18,2%), β-адреноблокаторов – бисопролол (5,4%), конкор (0,3%), и блокаторов кальциевых каналов – амлодипин (3,0%), а также комбинации этих препаратов. Антиагреганты принимали 32,1% пациентов, зачастую препараты кардиомагнил (16,2%), аспирин (6,4%), тромбо-АСС (6,4%), тромбопол (2,7%), а также их комбинации (1,2%). Среди наших пациентов имеется тенденция отказа от приема рекомендованных антикоагулянтов: лишь 2,7% больных получали варфарин или тромбогель (0,3%) после пе-

ренесенного кардиоэмболического инсульта. Также пациенты принимали ноотропы (2,0%), статины (4,4%), сахароснижающие (2,0%) и другие препараты (8,4%) (противосудорожные, антиоксиданты, сердечные гликозиды, анксиолитики).

**Выводы:** В нашем исследовании у половины больных, включенных в регистр SITS-Кыргызстан, удалось установить показатели инвалидизации в раннем восстановительном периоде, внебольничной летальности, а также провести анализ эффективности самоконтроля больных в получаемой терапии после перенесенного инсульта. С учетом факта отсутствия использования тромболитика в Кыргызстане, отсутствия контроля приема медикаментозной терапии, телефонный мониторинг в рамках проекта регистра инсульта SITS-Кыргызстан является единственным инструментом для контроля терапии и ранней реабилитации у больных, перенесших ишемический инсульт. Данные телефонного мониторинга включены в ситуационный анализ исходов инсульта в Кыргызстане в рамках проекта “Дорожная карта по инсульту и острому коронарному синдрому” и высоко оценены группой экспертов ВОЗ.

#### **Литература:**

1. Дамулин И.В., Кононенко Е.В., *Двигательные нарушения после инсульта: патогенетические и терапевтические аспекты. Consilium medicum Ukraina, 2007; том 1-№7, с.28-32.*
2. Staessen J.A, Den Hond E., Celis H., Fagard R., Keary L., Vandenhoven G. and O'Brien E.T.: *Antihypertensive treatment based on blood pressure measurement at home or in the physician's office: a randomized controlled trial. JAMA 2004, 291:955-64.*
3. Sally Kerry, Hugh Markus, Teck Khong, Reena Doshi, Rachel Conroy and Pippa Oakeshott. *Community based trial of home blood pressure monitoring with nurse-led telephone support in patients with stroke or transient ischaemic attack recently discharged from hospital. Trials 2008, 9:15 doi: 10.1186/1745-6215-9-15. This article is available from: <http://www.trialsjournal.com/content/9/1/15>.*

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ДЕВИКА У ЖЕНЩИНЫ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**И.Л. Луценко, Султанова А.**

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

Луценко Инна Леонидовна – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики  
КГМА им. И.К. Ахунбаева,

Султанова Айшоола – студентка 4-курса, факультета Лечебное дело

**Актуальность.** Оптикомиелит (оптиконевромиелит, оптический нейромиелит /болезнь Девика) – это идиопатическое воспалительное заболевание центральной нервной системы, отличающееся преимущественным поражением зрительных нервов и спинного мозга с относительной сохранностью головного мозга [3]. Долгое время это заболевание считалось одной из злокачественных форм рассеянного склероза (РС), но впоследствии было выявлено, что ключевым звеном патогенеза в развитии ОМ является образование антител NMO-IgG к белку аквапорину-4 [1,2].

**Цель исследования.** Описать случай редкого демиелинизирующего заболевания у больной среднего возраста.

**Материалы и методы.** В исследование была включена больная 33 лет с волнообразным течением заболевания в виде периодического онемения в конечностях, слабости в ногах, сменяющейся высоким мышечным тонусом, а также зрительными нарушениями. Для подтверждения диагноза провели периметрию с цветовым исследованием полей зрения, МРТ головного и спинного мозга, исследование сыворотки крови на антитела к аквапорину-4 (в г. Москва).

**Результаты.** При оценке клинических проявлений установлено, что у пациентки наблюдались чувствительные, двигательные, тазовые нарушения и снижение остроты зрения с неполной атрофией зрительного нерва. Все симптомы имели флюктуирующий характер, кроме зрительных нарушений: последние имели тенденцию к постоянному прогрессированию. На первичном этапе проводился дифференциальный диагноз с рассеянным склерозом (РС), однако отсутствие типичных очагов перивентрикулярно в белом веществе головного мозга ставило под сомнение типичный РС. После исследования полей зрения, была выявлена абсолютная скотома OD. МРТ правого зрительного нерва выявило его отечность и расширение границ. С учетом волнообразного течения заболевания, вовлечения зрительного нерва и спинного мозга в патологический процесс, решено было исключить “Нейромиелит Девика”. При исследовании антител к аквапорину-4 был выявлен положительный ре-

зультат в г. Москве в Федеральном Научном центре рассеянного склероза. С учетом клиники в виде симптома Лермитта, гипестезии, снижения остроты зрения, флюктуирующего и прогрессирующее течение заболевания, а также положительно серологического результата на аквапориновые антитела, диагноз “Болезни Девика” был подтвержден. Больной назначен курс цитостатиков, иммуномодуляторов, кортикостероидов (ККТ) и антихолинэстеразной терапии. После терапии ККТ отмечалось временное улучшение состояния в виде уменьшения двигательных и чувствительных нарушений, однако катamnестически через 3 месяца состояние не склонно к улучшению.

**Выводы.** Особенностью оптикомиелита Девика являются дебют заболевания с поперечного миелита с поражением шейного и грудного отделов спинного мозга, рецидивирующее течение с развитием в течение года оптического неврита, и возможный низкий уровень антител к аквапорино-4, что и наблюдалось у нашей больной. Ввиду редкой встречаемости заболевания и в Кыргызстане, демиелинизирующее заболевание своевременно не было заподозрено и не был начат курс иммуномодулирующей терапии, которая могла бы приостановить прогрессирующие зрительные нарушения. Оптикомиелит Девика имеет неблагоприятный прогноз и прогрессирующее течение, однако рано начатая терапия может отдалить инвалидизацию.

#### **Список литературы.**

1. Бушуева, Н.Н. Синдром Девика (оптикомиелит) при рассеянном склерозе. Н.Н. Бушуева, Е.С. Стоянова. *Офтальмологический журнал*. 2012. №3. С. 83-86.
2. Weinshenker, B.G. *Neuromyelitis optica: clinical syndrome and the NMO-IgG autoantibody marker*. B.G. Weinshenker, D.M. Wingerchuk. – *Curr Top Microbiol Immunol*, 2008. p. 318, 343-356.
3. Wingerchuk D.M., Weinshenker B. *Unusual presentations and variants of idiopathic central nervous system demyelinating disease. Multiple sclerosis. Saunders Elsevier*. 2008. P. 32-38.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ БУРНЕВИЛЛЯ-ПРИНГЛА У МАЛЬЧИКА 8-ЛЕТ**

Луценко И.Л.<sup>1</sup>, Кадырова А.Ш.<sup>2</sup>, Нажмудинова Д.Д.<sup>3</sup>

**Науч. руководитель** – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.

<sup>1,3</sup> Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева (Кыргызстан)

<sup>2</sup> Кыргызско-Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина (Кыргызстан)

**Нажмудинова Даяна** – студентка 5 курса Педиатрического факультета КГМА

**Актуальность:** В статье описан редкий случай генетически детерминированного полисистемного заболевания – болезни Бурневилля-Прингла [1]. Несмотря на невысокую частоту встречаемости туберозного склерозного комплекса (болезни Бурневилля-Прингла) в популяции, тяжелая инвалидизация и отсутствие эффективных средств лечения придают данной проблеме исключительную актуальность [2,3].

**Цель исследования:** Описать случай генетически детерминированного полисистемного заболевания – болезни Бурневилля-Прингла у 8-летнего мальчика.

**Материалы и методы:** Нами представлено описание клинического случая болезни у мальчика 8 лет, поступившего с судорожными приступами подергиваний в левой руке с потерей сознания и значительными изменениями в поведении в ГДКБСМП #3 в г. Бишкек. Была проведена ЭЭГ в 16 отведениях для уточнения типа приступов, а также МРТ головного мозга в режимах FLAIR, T2-ВИ, T1-ВИ, DWI в аксиальной, сагиттальной, коронарной плоскостях.

**Результаты:** Судорожные припадки были классифицированы как парциальные (подергивания в левой руке) со вторичной генерализацией (тонико-клонические приступы с последующей потерей сознания). Объективно отмечались высыпания на коже в виде пятен цветом “кофе с молоком” и по характеру напоминающие «манную крупу», локализованные в области обеих щек, задней части носа, шее, и в затылочной области. Также более обширные высыпания были обнаружены на коже поясничной области и на передней стенке брюшной полости. МРТ головного мозга выявило множественные очаги в виде глиоза неправильной формы, размером 5,0-19,0 мм в проекции семиовальных центров с нечеткими контурами. По данным ЭЭГ было обнаружено снижение функциональной активности головного мозга с регистрацией специфической пароксизмальной эпи-активности: комплекс острая – медленная волна, спайк-волн с обеих сторон в париетально-центральной области мозга. С учётом жалоб при поступлении, приступов судорог, характерных кожных изменений, отставании в умственном развитии, изменений в поведении, а также данных МРТ и ЭЭГ пациенту был выставлен диагноз: Туберозный склероз (болезнь Бурневилля-Прингла). С 3-х лет регулярно принимает Депакин в дозировке 300 мг x 2 раза в сутки. Так как специфической терапии болезни Бурневилля-

Прингла не существует, больному была назначена монотерапия в виде депакина в дозировке 100 мг в сутки, в связи с чем отмечено снижение частоты припадков.

**Выводы:** Таким образом, если у больного есть кожные проявления, характерные для туберозного склероза, необходимо полное обследование таких пациентов для исключения возможной патологии внутренних органов и нервной системы [5]. На примере данного клинического случая поднимается актуальный вопрос о диагностических критериях туберозного склерозного комплекса, необходимых для постановки клинического диагноза, и современных представлениях по данной теме. Редкость выявления данной нозологии говорит, как о сложности диагностики, так и о неосведомленности врачей о таких пациентах [4].

#### **Литература:**

1. Гамирова Р.Г., Князева О.В., Гадиева А.Р., Билялова С.М. Болезнь Бурневилля-Прингла: клинический случай из практики детского невролога. *Практическая медицина*. '1 (102) март 2017 г. / Том 1. с. 157
2. Лепесова М.М., Федятина Ю.А., Ахметова Д.Е. Единичный пример туберозного склероза и диагностические критерии. *Вестник АГИУВ* № 1, 2016, с.53.
3. Мергенбаева М.Т., Исмаилова А.Ж. Клинический случай туберозно-склерозного комплекса (Болезнь Бурневилля-Прингла). *Вестник Казахского Медицинского университета*. 2016. №1. с. 344.
4. Сухих С.О, Васильев А.О, Говоров А.В, Пушкарь Д.Ю. Клинический случай: опыт диагностики и лечения синдрома Циннера.
5. Тарасенко Г.Н., Кузьмина Ю.В., Григорьева Е.Б., Кузнецова А.А. Туберозный склероз. *Российский журнал кожных и венерических болезней*. 2015; 18(2): 26-28.

УДК 616.411-053:616.155.294:615.834+616.5

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ У РЕБЕНКА С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ В ПРОЦЕССЕ ВЫСОКОГОРНОЙ КЛИМАТОТЕРАПИИ**

**Абдыжапарова М.К., Маришбек к. Эльвира, научн. руководитель – Маматов С.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева  
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Абдыжапарова М.К.** – клинический ординатор 2-го года обучения  
**Маришбек к. Эльвира** – клинический ординатор 2-го года обучения

**Введение.** Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) у детей относится к разряду серьезных заболеваний крови [1]. Существующие методы лечения не во всех случаях эффективны. Поэтому поиск альтернативных методов терапии ИТП всегда считается актуальным, особенно в этом плане интерес вызывает высокогорная климатотерапия [].

**Клиническое наблюдение.** Нами рассмотрен клинический случай наблюдения ребенка С.А. с клиническим диагнозом: Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура. Это девочка 01.06.2010 года рождения из города Бишкек. Ребенок от третьей беременности, третьих родов. ВПР – 3500 гр., рост – 52 см.

**История настоящего заболевания.** Ребенок болен с сентября 2013 года, когда впервые в отделении гематологии НЦОМиД был выставлен диагноз: «Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура». Получила лечение глюкокортикостероидами. Девочка до лечения высокогорье имела 7 госпитализаций в стационар. Каждый раз поступала с выраженным геморрагическим синдромом и уровнем тромбоцитов ниже  $20 \times 10^9/\text{л}$ . Все разы девочке наряду с симптоматической терапией назначали основное лечение – пероральные и парентеральные глюкокортикостероиды. Анализируя основные показатели после каждой госпитализации, мы заключили, что организм ребенка отвечал на гормональную терапию, так как при выписке число тромбоцитов составлял от 52 до  $120 \times 10^9/\text{л}$ . Но достигнутая ремиссия длилась не долго, всего 3-4 месяца.

**Высокогорная климатотерапия.** Лечение на высокогорной базе Туя-Ашу КГМА им.И.К.Ахунбаева девочка получила дважды в 2016 и 2017 году. За весь период лечения (40-дней) ребенок находилась под пристальным присмотром мамы и медицинского персонала. После первого курса лечения число тромбоцитов достигло  $160,5 \times 10^9/\text{л}$ , и этот уровень держался до следующего подъема в горы. Перед вторым курсом лечения, это ровно через год, количество тромбоцитов составило  $148,7 \times 10^9/\text{л}$ . Уровень тромбоцитов после второго курса высокогорной климатотерапии в дина-

мике было следующим: в первые дни после спуска –  $240,47 \times 10^9/\text{л}$ , после лечения через 3 месяца –  $247,1 \times 10^9/\text{л}$ , через 6 месяцев –  $257,2 \times 10^9/\text{л}$ . На сегодняшний день у девочки полная клинико-гематологическая ремиссия, в этом году девочка пошла в первый класс.

**Заключение.** Клиническое наблюдение за ребенком С.А. страдающей хронической формой ИТП – это яркий пример высокой эффективности высокогорной климатотерапии. Использование горного климата в лечении ИТП у детей должно получить широкое использование и открыть новые возможности в достижении ремиссии заболевания.

#### **Литература.**

1. Масчан, А.А., Ковалёва Л.Г., Румянцев А.Г. *Современные методы диагностики и лечения первичной иммунной тромбоцитопении (по итогам совещания совета экспертов) // Вопросы гематологии и иммунологии в педиатрии. 2010. - Т. 9. - № 4. - С. 5–14.*
2. Маматов С.М. *Морфофункциональные особенности гемопоэза у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в процессе высокогорной климатотерапии. // В кн. Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века. Сб. научн. трудов. Бишкек, 1998. - С. 563-569.*

### **ВЫСОКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОЧИЩЕНИЯ КРОВИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Муратова А.М., Иманалиева Ф.Э., научн. руководитель – Маматов С.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Муратова Айдана Муратовна** – студентка 22 группы 5 курса лечебного факультета

**Иманалиева Фарида Эльдияровна** – ассистент кафедры

Экстракорпоральная гемокоррекция – одно из самых инновационных и передовых направлений медицины, чьи методы лечения позволяют врачам зачастую справляться с заболеваниями, плохо поддающимися медикаментозной терапии [1, 2].

В зависимости от того, какой метод был применен для получения жидкой части, различают **виды плазмафереза:**

- *Центрифужный* (гравитационный) – удобен для получения донорской плазмы, а также для проведения данной процедуры в лечебных целях, если иной способ по каким-либо причинам недоступен, поскольку не требует какого-то особого оборудования (достаточно иметь рефрижераторную центрифугу и пластиковые контейнеры – гемаконы);
- *Мембранный* (плазмофильтрация) плазмаферез. В основе метода мембранного плазмафереза лежит разделение крови на фракции с помощью плазмофильтра. Плазмофильтр – это одноразовое стерильное устройство, состоящее из множества пористых трековых мембран. Поры (отверстия) в мембране пропускают через себя плазму крови, а форменные элементы задерживают. Таким образом, во время прохождения крови через плазмофильтр - плазма, содержащая вредные и балластные вещества, удаляется, а форменные элементы возвращаются в вену.

**Результаты собственных наблюдений.** В настоящее время в Кыргызской Республике используется два вида плазмафереза: центрифужный и мембранный. В основном используется центрифужный метод очистки крови. Мембранный метод очистки крови – это новое направление в нашей медицине.

На протяжении года, кафедра госпитальной терапии сотрудничала с медицинской клиникой «ГЕМ-УЛЬТРА» по совместному использованию аппарата мембранного плазмафереза «ГЕМОФЕНИКС» в лечении аутоиммунных и аллергических заболеваний.

На основании своих наблюдений, мы пришли к выводу, что использование мембранного плазмафереза имеет ряд преимуществ перед центрифужным методом:

- в первую очередь – это отсутствие травмирования клеточных элементов крови;
- хорошая переносимость процедуры даже пожилыми и тяжело больными людьми;
- гарантия от инфицирования;
- использование одной вены;
- стерильность и одноразовость всех используемых материалов;
- возможность проведения плазмафереза на выезде.

### **Выводы.**

1. Центры проведения плазмаферезов Кыргызской Республики должны обеспечить себя аппаратами для проведения мембранного плазмафереза.
2. От центрифужного метода очистки крови должны отходить по принципу: «чем быстрее, тем лучше».

### **Литература:**

1. Таричко Ю.В., Кириленко А.С., Рагимов А.А. *Избранные лекции по трансфузиологии. // Учебное пособие. М. – 2005. – 125 с.*
2. Yeh J.N., Chen W.H., Chiu H.C. *Complications of double-filtration plasmapheresis. // Transfusion. – 2004. Vol. 44. – N11. – P.1621-5.*

## **КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ МИОФАСЦИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ ВНЧС СИНДРОМЕ**

**Исмаилова Айжан** – студентка 3 курса стоматологического факультета 1 гр.

Руководитель – ассистент **Добродомова И.Б.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра клинической реабилитологии и физиотерапии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Заболевания височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) находятся в числе самых распространенных патологических процессов челюстно-лицевой области. По данным клинических исследований, патология ВНЧС встречается у 70-80% взрослого населения и занимает третье место после кариеса и заболеваний пародонта [Сидоренко А.Н., 2013]. При обследовании здоровых детей, подростков и лиц молодого возраста симптомы или отдельные признаки функциональных нарушений ВНЧС были выявлены у 51,1% обследованных лиц, пик их распространенности приходился на 22-25 лет [Ибрагимова Р.С., Бокаева А.М., Федоров Д.Е., Усова Н.Ф., Якущенко В.М., Слепокурова Т.С., 2013].

Ввиду значительной распространенности, трудностей в диагностике и лечении, чрезвычайно разнообразной и сложной клинической картины, ДВНЧС требует дифференцированного подхода врачей разного профиля [Пузин М.Н., Вязьмин А.Я., 2002].

Целью настоящего исследования явилось: изучение динамики миофасциального болевого синдрома ВНЧС при комплексном лечении.

Материалы и методы. Исследования проведены у 14 пациентов. После верификации диагноза пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа 7 человек получали медикаментозную терапию (бутадйон – по 0,15 г 2–4 раза в день после еды). Больные второй группы получали медикаментозную терапию, физиотерапию (ультрафонофорез с гидрокортизоновой мазью) и техники миофасциального релиза жевательных мышц, лица, шеи и головы в течении 10 дней.

Результаты: Установлено, что в процессе проводимого лечения проявлялась положительная динамика заболевания. В первой группе, получавшей медикаментозную терапию, уменьшение боли отмечалось на 5 день лечения, исчезновение - на 9 день; во второй группе соответственно на 2 и 5 день комплексного лечения.

Таким образом, согласно нашим наблюдениям, при применении медикаментозной терапии в сочетании с физиотерапией и массажем отмечается значительное улучшение состояния больных с болевым синдромом ВНЧС.

## **ПОСТИНЪЕКЦИОННАЯ НЕЙРОПАТИЯ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Омурбеков С.О., Луценко И.Л., Кадырова А. Ш.**

науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики **Луценко И.Л.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Республика Кыргызстан.

**Омурбеков С.О.** – студент 5 курса педиатрического факультета, КГМА им. И.К. Ахунбаева

**Актуальность:** Проблема исследования неблагоприятных исходов в медицинской практике, являясь острой социальной темой, представляется чрезвычайно многоплановой и разнообразной [1]. Повреждения периферических нервов нижних конечностей среди травм всех нервных стволов в

мирное время составляют 9-20% [2]. Внутримышечные инъекции могут повредить периферические нервы в месте инъекции [3]. Наиболее опасными симптомами повреждения седалищного нерва являются: полный паралич мышц, иннервируемых седалищным нервом; потеря чувствительности и парестезии [4].

**Цель:** Изучить и описать клинические особенности и электронейромиографические (ЭНМГ) данные у детей при постинъекционной нейропатии седалищного нерва (ПНСН).

**Материалы и методы:** Был проведен ретроспективный обзор историй болезней детей, проходивших лечение в отделении неотложной неврологии, ГДКБ СМП №3 в период с 2012-2018 г. Разработанная нами диагностическая форма включала демографические характеристики, неврологические симптомокомплексы, вид препарата, используемого при инъекциях в анамнезе, а также ЭНМГ-данные: моторный ответ(м-ответ), скорость проведения импульсов(СПИ), блоки проведения(БП) и резидуальная латентность(РЛ) поверхностных и глубоких структур седалищного нерва.

**Результаты:** В исследование были включены – 64 пациента, из них мальчиков – 39 (60,9%). Средний возраст больных в выборке составил  $2,9 \pm 2,24$  лет. Общее состояние было чаще средней тяжести – 56 (87,5%). Наиболее частыми жалобами были: слабость в пораженной ноге – 63 (98,4%), боль – 54 (84%), прихрамывание – 49 (76,6%), тянущие ощущения в ноге – 31(48,4%). Неврологически степпаж был выявлен у 27 (42,2%) больных, также мышечный тонус был снижен у 53 (82,9%); объем активных движений был снижен у 64 (100%); коленный рефлекс был снижен у 33 (51,5%), отсутствовал у 2 (3,1%); ахиллов рефлекс был снижен у 38 (59,4%), отсутствовал у 11 (17,2%). Степпаж возникал при диагнозе ПНСН (перонеальный компонент) ( $p=0,032$ ). Наблюдалось следующее распределение диагнозов: периферическая нейропатия основного ствола седалищного нерва – 25(39,0%), ПНСН (перонеальный компонент) – 34(53,2%), ПНСН (тибиальный компонент) – 5(7,8%). Нейропатия возникла на первую в 17,2%, вторую в 10,9% и третью в 9,4% случаев инъекции антибиотика/препарата. Инъекции проводились: медицинским персоналом – 37 (57,8%), лицами без медицинского образования – 14 (21,9%), неизвестными лицами – 13 (20,3%). Наиболее часто вводились инъекции следующих препаратов: ампициллин – 25 (39,1%), бактамед – 21(32,8%), сентрам (ампициллин+сульбактам) – 3(4,7%), батбактам – 2 (3,1%). 59,4% пациентов выписались из отделения чаще с частичным улучшением неврологических показателей.

**Выводы:** Таким образом, наиболее часто к ПНСН приводили внутримышечные введения бактамеда и ампициллина, а превалировало поражение в зоне перонеального компонента седалищного нерва. Для предупреждения ПНСН инъекции должны быть выполнены только медицинским персоналом. Стоит задуматься о необходимости использования пероральных форма антибиотиков вместо инъекционных вследствие такого частого осложнения как ПНСН у детей.

#### **Литература:**

1. Козлова Т.С., Кононоват С.А. Локальные постинъекционные осложнения: причины возникновения, их тепловизионная оценка.// Журнал:Проблемы экспертизы в медицине. - Ижевск, том 16. -2016 г. -25с
2. Хамзаев Р.И., Берснев В.П., Борода Ю.И. Оценка результатов хирургического лечения повреждений седалищного нерва.// Журнал: Травматология и ортопедия России. - 3 том 23. – 2017 г. – 69 с.
3. Jeyaraj Durai Pandian, Smirti Bose. Nerve injuries following intramuscular injections: a clinical and neurophysiological study from Northwest India. *Journal of the Peripheral Nervous System* 11:165-171 (2006).
4. Cornwall, J. Are nursing students safe when choosing gluteal intramuscular injection locations? *AMJ* 2011, 4, 6, 315-321.

УДК 618.19-009.7

## **ФАКТОРЫ, ПРИВОДЯЩИЕ К СОМАТИЗАЦИИ И СНИЖЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МАСТОДИНИЕЙ**

**Камчыбекова А.К.<sup>1</sup>, Саяков У.К.<sup>1</sup>, Ким А.С.<sup>2</sup>**

**науч. руководитель – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.<sup>1</sup>**

**(Кыргызская Государственная Медицинская Академия<sup>1</sup>,**

**Кыргызско-Российский Славянский Университет<sup>2</sup>)**

**Камчыбекова А.К. – клин. ординатор 1-го года кафедры Онкологии КГМА.**

**Саяков У.К. – д.м.н., заведующий кафедрой Онкологии КГМА**

**Ким А.С. – к.м.н., доцент кафедры мед. психологии, психиатрии и психотерапии КРСУ**

**Введение:** Основными факторами затрудняющими эффективность проводимой терапии и ведущими к снижению качества жизни (КЖ) у пациенток с мастодинией являются психоэмоциональ-

ные и сексуальные расстройства. Эти виды расстройств являются тесно взаимосвязанными и взаимосугубляющими, вне зависимости от первичности какого-либо из этих расстройств.

**Цель работы:** Изучить факторы ведущие к соматизации и снижению качества жизни пациенток с мастодинией.

**Материал и методы:** Под нашим наблюдением находилось 30 пациенток в возрасте от 20 до 30 лет (средний возраст 27,5 лет) страдающих мастодинией.

Для диагностики использованы клинические и гормональные исследования, УЗИ. С целью объективизации симптомов, были использованы следующие шкалы и опросники: Вербальная описательная шкала оценки боли; Госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS);

*Индекс женской сексуальной функции (FSFI); Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF). Кроме этого, был использован оригинальный опросник по оценке АОБ у пациенток с мастодинией.*

**Результаты и их обсуждение:** В соответствии с формой мастодинии пациентки были распределены на две группы: циклическая мастодиния (ЦМ) – 18 пациенток; нециклическая мастодиния (НЦМ) – 12 пациенток.

При анализе выраженности болевой симптоматики по 10 бальной шкале, в группе с НЦМ средний балл 7,7; в группе с ЦМ 4,9. Частота и выраженность тревожно-депрессивной симптоматики была значительно выше у пациенток с НЦМ, в сравнении с группой ЦМ (73%; 48%; соответственно). В группе пациенток с НЦМ имело место более высокая частота женских сексуальных расстройств (53%), по сравнению с пациентками с ЦМ (32%). При оценке КЖ, у пациенток с НЦМ наблюдались более низкие параметры КЖ, по сравнению с пациентками с ЦМ (психологическая сфера на 18%, физическая – на 12%, социальная – на 14%).

Незначительный эффект от проводимого лечения усугубляет тревожное состояние больного, которое цементирует адаптационный образ болезни (АОБ). Таким образом, формируется определенный стереотип поведения, основанный на специфическом АОБ данных пациенток, с ориентацией на патологию в соматической сфере, в частности в МЖ.

**Выводы:** Психоэмоциональные факторы (тревога, депрессия) усугубляющие сексуальные расстройства являются одним из звеньев патогенеза АОБ и обуславливают тяжесть клинической картины и течения мастодинии. При этом специфический АОБ приводящий к дезадаптивной «мастопатической» форме является одним из возможных механизмов психосоматизации НЦМ.

## ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МАССАЖА СПИНЫ И ШЕИ ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЖЕСТКИХ МАНУАЛЬНЫХ ТЕХНИК НА ПОЗВОНОЧНИКЕ

**Четвергова Ю.В., науч. руков. – асс. каф. клинической реабилитологии и физиотерапии Дмитриев Р.В.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

**Четвергова Ю.В.** – студентка 5 курса факультета Педиатрия КГМА имени И.К. Ахунбаева

Актуальность данной темы состоит в том, что, несмотря на множество лечебных манипуляций и техник в современной медицине, лечебный массаж не теряет своей популярности благодаря минимальным противопоказаниям, практически полному отсутствию побочных эффектов и высокой терапевтической эффективности. Касательно данной темы, мы решили доказать необходимость приведения спазмированных мышц в состояние релаксации перед проведением мануальных вмешательств на позвоночный столб. Материалы и методы: Общее количество больных – 10 человек. Их разделили на 2 группы по 5 человек: основную и контрольную. Диагноз: «Сколиоз». Жалобы: на боли в поясничном, грудном и шейном отделах позвоночника, боли и онемения верхних конечностей, боли по ходу седалищного нерва и головные боли. Выявлено: смещения в области L4-L5, Th1-Th5, C1-C7. Контрольной группе был проведен лечебный массаж с использованием классических приемов (поглаживания, растирания, разминания и вибрация [1]. Основной группе был проведён специальный массаж с использованием в разминаниях гороховидной кости мануального терапевта, острия и площадки локтя. После массажа было произведено мануальное вмешательство обеим группам. Количество процедур – 4, с промежутком через день [2,3]. Результаты: Первая (контрольная) группа при вправлении тел позвонков испытывала сильную боль, а сами тела позвонков поддавались вправлению хуже. Вторая (основная) группа при мануальном вмешательстве испытывала значительно меньше болевых ощущений. Заключение: Процедура специализированного массажа хоть и более болезненная, чем простого классического массажа, но при этом эффективнее в отношении последующей релаксации мышц и продуктивного мануального вмешательства по поводу вправления тел позвонков.

### Литература:

1. Васичкин В.И. Большой справочник по массажу. – АСТ Москва. – 2008. – 415 с.
2. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М: Медицина. – 1972. – 402 с.
3. Гаваа Лувсан. Очерки методов в восточной рефлексотерапии. – Новосибирск: наука. – 1991. – 432 с.

## **ПРОБЛЕМЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ОФТАЛЬМОЛОГИИ**

### **ВЛИЯНИЕ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЙ НА РАЗВИТИЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ**

**Абдухалыкова А.М, Нуркеев Н.Б., Талайбеков М.Т.**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра оториноларингологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

**Резюме:** В данной работе изучены особенности развития экссудативного среднего отита (ЭСО) у детей, проведена оценка корреляционной зависимости между ЭСО и аденоидными вегетациями, а так же разработка оптимального алгоритма диагностики и лечения данного заболевания. Для поставленной задачи нами было обследовано и пролечено на базе ЛОР-отделения МЦ КГМА им. И.К. Ахунбаева 43 ребенка с ЭСО.

**Ключевые слова:** аденоиды; экссудативный средний отит у детей; аденотомия.

### **АДЕНОИДЛИК ВЕГЕТАЦИЯЛАРДЫН БАЛДАРГА ЭКССУДАТИВДҮҮ ОРТОҢКУ ОТИТТИН ОРЧҮҮСҮНО ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ**

**Абдухалыкова А.М, Нуркеев Н.Б., Талайбеков М.Т.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
Оториноларингология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

**Резюме:** Бул илимий эмгекте балдарда экссудативдүү ортоңку отиттик (ЭОО) өрчүүсүнүн өзгөчөлүктөрү изилдеген, аденоиддик вегетациялар менен ЭОOnун ортосундагы корреляциялык көз карандык бааланган, ошондой эле бул ооруну аныктоодогу жана дарылоодогу оптималдуу алгоритмдерди иштеп чыгуу изилденген. И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын Медициналык борборундагы кулак, мурун, тамак бөлүмүндө алдыга коюлган маселени үчүн ЭОО менен ооруган 43 бала биз тараптан текшерилип, дарыланган.

**Негизги создор:** аденоиддер, балдардагы экссудативдүү ортоңку отит, аденотомия.

### **INFLUENCE OF ADENOID VEGETATION ON THE DEVELOPMENT OF EXUDATIVE OTITIS MEDIA IN CHILDREN**

**Abdukhalykova A., M.Nurkeev N.B., Talaibekov M.T.**

Kyrgyz State Medical Academy, Department of Otorhinolaryngology,  
Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Summary:** This paper studies the development of middle ear pathology, in particular, exudative otitis media in children with adenoid vegetations. Evaluation of the effectiveness of adenotomy for the purpose of eliminating auditory tube dysfunction and conductive hearing loss.

**Key words:** adenoids; exudative otitis media in children; adenotomy.

#### **Введение.**

Экссудативный средний отит (ЭСО) – полиэтиологическое воспалительное заболевание среднего уха, в этиопатогенезе которого ключевую роль играет дисфункция слуховой трубы. Патоморфологическим субстратом ЭСО является хроническое катаральное воспаление слизистой оболочки преимущественно мезо-, гипотимпанума и слуховой трубы. Клинические признаки: наличие экссудата в барабанной полости, отсутствие признаков острого воспаления и дефекта барабанной перепонки. Причины ЭСО: острые респираторные вирусные инфекции; острый средний отит [1].

Лимфаденоидное кольцо глотки обеспечивает местный иммунитет. Глоточная миндалина первой среди лимфоидных органов глотки принимает на себя воздействие разнообразных микроорганизмов (вирусов и бактерий) и других частиц антигенной природы, попадающих в полость носа и околоносовых придаточных пазух вместе с вдыхаемым воздухом. Транспортируемая слизь вместе с микроорганизмами, заселяющими крипты и лакуны глоточной миндалины, являются источником постоянной антигенной стимуляции этого лимфоэпителиального органа [2]. Частые воспаления аденоидной ткани с формированием очага хронической инфекции приводят к её гипертрофии, вследствие чего нарушается вентиляция полостей среднего уха, что способствует развитию экссудативного

среднего отита. Раньше считалось, что гипертрофированная глоточная миндалина нарушает вентиляцию среднего уха только тогда, когда она полностью закрывает глоточное отверстие слуховой трубы. Однако подобное встречается в 20-30% случаев. Гораздо чаще глоточная миндалина прижимает трубный валик к латеральной стенке носоглотки, слуховая труба закрывается, что немедленно сказывается на вентиляции среднего уха [3]. У детей первых 5 лет жизни система местного иммунитета остается недостаточно развитой. Местный иммунитет становится окончательно развитым к 14 годам. С этого же времени начинается инволюция глоточной миндалины [4]. А в возрасте 4-7 лет активность глоточной миндалины находится на пике. Поэтому, в мировой практике принято считать, что ЭСО наиболее характерен для детей.

**Актуальность.** ЭСО является основной причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет [5,6]. Всемирная организация здравоохранения прогнозирует к 2030 г. увеличение числа лиц с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30% [7]. Не менее 30% всех случаев тугоухости обусловлено патологией среднего уха. За последние десятилетия многие авторы отмечают рост заболеваемости ЭСО, причем он составляет 15-17% среди всех заболеваний уха [8]. Эпидемиологические исследования показывают, что ЭСО влияет на 50-80% детей в возрасте до 5 лет [9,10], 2 из 1000 детей имеют серьезные осложнения. В результате они переносят радикальные операции на среднем ухе, снижающими качество жизни ребенка, который впоследствии нуждается в социальной адаптации [11,12]. Это подтверждает серьезность проблемы ЭСО и выводит данную патологию на первый план, как в стране, так и в мире в целом [8,13].

**Целью** нашего исследования явилась разработка оптимального лечебно-диагностического алгоритма ведения детей с ЭСО с учетом патогенетических особенностей течения данного заболевания и оценка корреляционной зависимости аденоидных вегетаций и ЭСО.

**Материалы и методы исследования:** Для достижения поставленной цели на базе ЛОР-отделения МЦ КГМА им. И.К. Ахунбаева было обследовано и пролечено 43 ребенка в возрасте от 3 до 11 лет (27 мальчиков и 16 девочек), поступивших с диагнозом ЭСО за период с 2015 по 2017 г. Двусторонний процесс отмечался у 35, односторонний – у 8 детей.

Всем детям мы провели комплексное обследование, включавшее в себя стандартный осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, ото микро- и отоэндоскопию, акустическую импедансометрию, отоакустическую эмиссию (ОАЭ), тональную пороговую аудиометрию (если позволял возраст ребенка), компьютерную томографию височных костей производили по показаниям.

Пациенты в зависимости от стадии заболевания ЭСО были разделены на 2 группы: 1-я группа – 11 детей с катаральной стадией ЭСО; 2-я группа – 32 детей с секреторной стадией ЭСО.

У 36 из 43 детей при эндоскопии носоглотки наблюдали гипертрофию аденоидных вегетаций II-IV степени, блокирующих устья слуховых труб, пролабирующих в хоаны без признаков хронического аденоидита. В 3 случаях выявлена гипертрофия тубарных миндалин при свободной носоглотке (этим детям ранее была выполнена аденотомия в других стационарах). У 7 детей ЭСО развился на фоне аллергического ринита (4 ребенка) и острого верхнечелюстного синусита (4 ребенка).

Всем детям с гипертрофией аденоидных вегетаций была выполнена современная эндоскопическая шейверная аденотомия под общей анестезией. Данный метод позволяет осуществлять щадящее и эффективное удаление аденоидной ткани без повреждения слизистой оболочки носоглотки. 3 пациентам с гипертрофией тубарных миндалин проведена их эндоскопическая коррекция с помощью электрохирургического аппарата. Одновременно с аденотомией (или коррекцией тубарных миндалин) всем больным этой группы была выполнена миринготомия с 2 сторон. При получении интраоперационно вязкого густого экссудата через миринготомическое отверстие устанавливали титановый шунт. Шунты с двух сторон были установлены у 29 из 43 детей и с одной стороны – у 7. В послеоперационном периоде после шунтирования барабанных полостей всем детям транстимпанально под давлением вводили раствор комбинации ацетилцистеина и антибиотика, затем раствор дексаметазона. Указанные процедуры проводили ежедневно в течение не менее чем 7 дней. Одновременно с этим в комплекс лечения ЭСО был включен эндоуральный электрофорез с йодистым калием. Детям после выполнения миринготомии проводили аналогичные процедуры в течение 2 дней до закрытия миринготомического отверстия.

**Результаты.** После аденотомии с миринготомией купирование ЭСО с полным восстановлением аудиологических показателей отмечено у 29 из 36 пациентов, тогда как на тимпанограмме у 5 определяли тип «С» и у 2 – тип «В». После курса консервативного лечения в связи с отсутствием положительной динамики е выполнено шунтирование барабанных полостей. Ребенок наблюдается в нашем отделе.

У 4 детей из 2-й группы после курса лечения острого синусита и аллергического ринита отмечено полное восстановление аудиологических показателей, жалобы отсутствовали.

**Выводы.** Таким образом, разработанный и применяемый нами алгоритм ведения больных с ЭСО в зависимости от стадии процесса показал высокую эффективность лечения детей с вышеуказанной патологией. В случае неэффективности консервативного лечения секреторной стадии ЭСО одновременно с хирургической санацией (или коррекцией структур) носоглотки, проводимой под эндоскопическим контролем, показано проведение миринготомии. Шунт при этом устанавливается в случае получения вязкого экссудата и при отсутствии возможности его полностью эвакуировать.

#### **Литература:**

1. Жумабаев, Р.Б. Обзор методик лечения экссудативного среднего отита в мировой практике / Жумабаев Р.Б. // Вестник АПИУВ. – Алматы: Казахский медицинский университет непрерывного образования, 2016. – С.6-9.
2. Дмитриев, Н.С. Детская оториноларингология: рук. для врачей / Н.С. Дмитриев, А.П. Якушенкова; под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. – М.: Медицина, 2005. – С. 517–529.
3. Daly, K.A. Chronic otitis media with effusion / K.A. Daly, L.L. Hunter, G.S. Giebink. // *Pediatr. Rev.* – 1999. – Vol. 20. – № 2. – P. 85–94.
4. Тарасов, Д.И. Заболевания среднего уха: рук. для врачей / Д.И. Тарасов, О.К. Федорова, В.П. Быкова. – М.: Медицина, 1988. – С. 288.
5. Коваленко, С.Л. Исследование слуха у детей дошкольного возраста на современном этапе / С. Л. Коваленко // *Российская оториноларингология.* – М., 2009. – С.69-74.
6. Effect of viral respiratory tract infection on outcome of acute otitis media / [T. Chonmaitree T. et.al.] // *J. Pediatr.* – 1992. – 120. – P. 856-862.
7. Alberi, Y.W. Prevention of hearing impairment from chronic otitis media / Y.W. Alberi, I. Bastos, C.D. Bluestone. // *WHO Report*, 2000. – P. 8-9.
8. Володькина, В.В. Рецидивирующий экссудативный отит у детей: автореф. дис. канд. мед. наук / В.В. Володькина. – М.: Рос. науч. центр аудиологии и слухопротезирования, 2006. – С. 20.
9. Zielhuis, G.A. Screening for otitis media with effusion in preschool children / G.A. Zielhuis, G.H. Rach, P.V. Broek. // *Lancet.* – 1989. – №1. – P.311-14.
10. Otitis media with effusion in preschool children / [M L. Casselbrant et. al.] // *Laryngoscope.* – 1985. – Vol.95. – P. 428-36.
11. DOH. Hospital Episode Statistics. Grommets [www.dh.gov.uk] / Department of Health, 2014. – [http://www.dh.gov.uk/PublicationsandStatistics/Publications/PublicationsandStatistics/DH\\_066322](http://www.dh.gov.uk/PublicationsandStatistics/Publications/PublicationsandStatistics/DH_066322). – Last accessed January 2018.
12. Mason, J. Impact of Effective Health Care bulletin on treatment of persistent glue ear in children: time series analysis / J. Mason, N. Freemantle, G. Browning. // *MJ.* – 2001. – Vol. 323. – P. 1096.
13. Otitis Media with Effusion treatment & Management [emedicine.medscape.com] / Thomas S Higgins // *Diseases. Conditions*, Apr 25.2017 – <http://emedicine.medscape.com/a=thomas%20s%20higgins>. – Last accessed February 2018.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИМПЛАНТАЦИИ КОСТНОГО СЛУХОВОГО АППАРАТА**

**В.А. Насыров, Ш.И. Буваев, Ж.О. Муратбекова**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра оториноларингологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** костно-имплантируемый слуховой аппарат является оптимальным способом восстановления слуха у пациентов с атрезией наружного слухового прохода. Аппарат представляет собой комбинацию титанового имплантата и костного слухового процессора. В статье представлен клинический случай пациента 6 лет с врожденной двухсторонней атрезией наружного слухового прохода и микроотией слева. Тональная аудиометрия подтверждает билатеральную кондуктивную тугоухость III степени при нормальной костной проводимости. При компьютерной томографии височной кости выявлена двухсторонняя атрезия наружного слухового прохода при сохранной анатомии структур среднего и внутреннего уха. Пациенту выполнена операция - имплантация титанового компонента аппарата в височную кость слева.

**Ключевые слова:** атрезия слухового прохода, костно-имплантируемый слуховой аппарат, тональная аудиометрия.

## BONE ANCHORED HEARING AID: A CASE REPORT

V.A. Nasyrov, Sh.I. Buvaev, J.O. Muratbekova

KSMA named after I.K. Ahunbaev

ENT CHAIR

Bishkek city, The Kyrgyz Republic

**Summary:** Bone anchored hearing aid is a favorable means of providing hearing in patients with congenital aural atresia and a severe conductive hearing loss. It is a combination of titanium implant and a bone conduction hearing aid. To present a case report of Bone Anchored Hearing Aid surgery this is done first time in Kyrgyzstan. We are presenting a 6 years old patient with bilateral congenital external canal atresia and conductive hearing loss. The CT scan the temporal bone showed normal middle and inner ear. Patient was underwent operation of the bone anchored hearing aid implant.

**Keywords:** ear canal atresia, bone anchored hearing aid, pure tone audiometry

## ИМПЛАНТАЦИОННЫЙ НЕГИЗИНДЕ СӨӨК УГУУ АППАРАТЫНЫН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

В.А. Насыров, Ш.И. Буваев, Ж.О. Муратбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Кулак, мурун, тамак орууларынын кафедрасы

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** баш сөөк имплант угуу аппараты – угуунун жагымдуу түрү, бейтаптардын угуу жөндөмүн күчөтүү жана сырттан угуу жолу болуп саналат. Титан импланты жана сөөк угуу аппараты – бул кошунду болуп эсептелет. Макалада алты жыл тубаса төрөлгөн эки жактуу атрезиясы менен жана сол жак микроотиясы менен клиникалык учуру берилген. Тоналдык аудиометрия – эки тараптан өткөрүүчү укпай калуунун III даражасын аныктайт. Компьютердик томографияда – анатомиялык түзүлүш алдындагы баш сөөктөрдөгү каптал сөөкчө, эки жактуу атрезиянын тышкы угуу жолун аныктайт. Баштын сол жактагы каптал сөөкчө, имплантация жолу менен титандык бир бөлүкчө аппараты менен бейтапка жасалган операция аткатылган.

**Негизги создор:** угуу жолунун атрезиясы (атрезия; организмдеги табигый тешиктердин тубаса жок болушу, же кийин бүтөлүп калышы), сөөк имлантынын угуу аппараты, тоналдык аудиометрия.

**Введение.** Снижение слуха у детей, в зависимости от степени его выраженности, оказывает негативное влияние на социально-психологическое развитие ребенка. При отсутствии своевременной коррекции слуха в возрастном периоде до 3 лет, лишение слухоречевой обстановки может быть причиной задержки общего развития и когнитивных нарушений [1]. В связи с этим, своевременная реабилитация детей с нарушениями слуха приобретает первостепенную значимость в их развитии как социального существа. Основную группу детей, нуждающихся в реабилитации с помощью костно-имплантируемого слухового аппарата составляют пациенты с врожденными аномалиями развития как: атрезия наружного слухового прохода, микроотия, анотия, которые нередко сочетаются с синдромами Тречера Коллинза, Гольденхара, Конигсмарка и др.

Развитие наружного и среднего уха, зачастую, нарушается на раннем этапе эмбриональной жизни, и восстановить хирургическим путем полноценный механизм звукопроводения оказывается невозможным при выраженных изменениях структур среднего уха, а хирургическое лечение атрезии наружного слухового прохода не всегда эффективно из-за высокой частоты стенозирования. Для таких пациентов техническим средством реабилитации являются слуховые аппараты на основе костного звукопроводения [3].

Долгосрочный успех костно-имплантируемого слухового аппарата основан на интеграции импланта в кость. Сам же аппарат состоит из звукового процессора и имплантируемой части, которая собственно и интегрируется в кость [4]. Новым этапом в развитии слуховых аппаратов с костным проведением звуков стала разработка имплантов, где использованы магнитное притяжение между имплантированным под кожу и внешним магнитом и принцип костной проводимости. Наружная часть представляет собой небольшой слуховой аппарат (вибратор), который прочно соединен с внешним магнитом, заключенным в акриловую плату. Наружный компонент через микрофон улавливает звук и с помощью колебаний магнитной пластины передает его внутреннему компоненту – импланту (рис. 1).

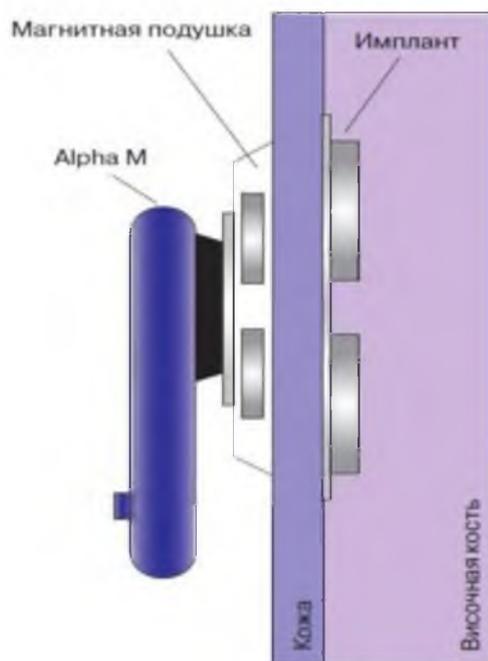


Рис. 1. Слуховой аппарат костного проведения с закрытым имплантом.

**Клинический случай.** Пациентка Б., 6 лет, находилась на стационарном лечении в ЛОР отделении Медицинского Центра КГМА им. И.К. Ахунбаева (Медицинская карта №39) с 20.02.2017 по 22.02.2017 с клиническим диагнозом: «Атрезия наружного слухового прохода с обеих сторон. Микроотия слева».

*Жалобы при поступлении:* со слов родителей, на выраженное снижение слуха с обеих сторон, больше слева, недоразвитие ушной раковины слева.

*Из анамнеза:* ребенок страдает с рождения. Проходили регулярные осмотры у сурдолога-оториноларинголога по месту жительства. Отмечают низкую эффективность слуховых аппаратов воздушного звукопроведения.

*При отомикроскопии:* AD – ушная раковина обычной формы Наружный слуховой проход аплазирован. AS – ушная раковина рудиментарна. Наружный слуховой проход аплазирован.

*Заключение КТ (от 23.01.2017):* данные за деформацию и сращение слуховых косточек между собой, атрезия наружного слухового прохода с обеих сторон, микроотию слева.

*Заключение аудиологического исследования (от 15.02.2017):* Двухсторонняя кондуктивная тугоухость справа II-III степени, слева – III степени.

Больной выставлен диагноз: «Атрезия наружного слухового прохода с обеих сторон. Микроотия слева».

20.02.2017 пациентке под общим наркозом выполнена операция: «Имплантация титанового компонента аппарата костного звукопроведения в височную кость слева». Операция выполнена позадиушным доступом. После предварительной маркировки в височной области и инфильтрации мягких тканей 1% раствором новокаина выполнен разрез кожи до надкостницы (Рис. 2). Далее надкостница отсепарована. С помощью алмазного бора выполнено сверление для установки импланта в чешую височной кости (Рис. 3). Титановый имплант закреплен к кости с помощью специальных микрошурупчиков (Рис. 4). Рана ушита послойно. Давящая повязка на 2 суток (Рис. 5). Операция прошла без осложнений.



Рис. 2. Разрез кожи и отсепаровка мягких тканей.



Рис. 3. Подготовлено ложе для импланта.



Рис. 4. Имплант закреплен в кость с помощью микрошурупчиков.



Рис. 5. Давящая повязка на 2 суток.

Через 1 месяц после операции было произведено подключение звукового процессора. Фиксация аппарата к импланту обеспечивается за счет магнитного притяжения. Имеется возможность выбора силы магнита для оптимально прочной фиксации и в то же время не создавать неприятных ощущений при ношении.

**Заключение.** Реабилитация пациентов со стойкой кондуктивной тугоухостью должна включать в себя своевременное выявление патологии, зависящее от квалификации неонатологов, педиатров, ЛОР врачей. Необходимо направление детей к сурдологу в кратчайшие сроки, постановку диагноза, формирование программы работы с пациентом в каждом конкретном случае, обеспечение пациента техническим средством для проведения звука, динамическое наблюдение и социальную реабилитацию [2]. Опыт применения слуховых аппаратов костного звукопроводения с подкожной фиксацией импланта у пациентов с врожденной кондуктивной тугоухостью показал высокую их эффективность в слухоречевой реабилитации больных, и как следствие, в социальной адаптации и улучшении качества жизни [3].

#### **Литература:**

1. Торопчина Л.В., Слуховая реабилитация детей со стойкими нарушениями слуха кондуктивного характера/Полунина Т.А., Полунин М.М. // Вопросы современной педиатрии.- 2012.- Том 11, №5. с. 130-136.
2. Hakan Tutar, Fully implantable hearing device in isolated congenital external ear canal atresia// *Veysel A. Savas J. Med Updates.* - 2013.-3.(3).Vol.p.154-157.
3. *Clinical Experience of Bone Anchored Hearing Aid(et all Muneo Miyasaka, Tadashi Akamatsu, Akihisa Yamazaki, Rica Tanaka)/A Case Report Tokai J// Exp Clin Med.*2008- Vol. 33, No. 1,-Pp. 17-20.
4. *Pabina, Rayamajhi, Bone Anchored Hearing Aid Surgery- First time in Nepal/ Urmila Gurung, Prakash Adhikari//Intl. Arch. Otorhinolaryngol.*-2008.-V 12, n.2.-P. 307-309.

## МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОЙ БЕСКАНЮЛЬНОЙ ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ СОХРАНЕННОЙ ГОРТАНИ

Кадыров М.М., Шаршенбекова А., Эшболот к. Н.

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

**Резюме:** Приведены методические основы выполнения стойкой бесканюльной трахеостомы при стойком стенозе гортани, в расширенных вариантах резекции гортани, предупреждающая осложнения присущи канюльной трахеостомы.

**Ключевые слова:** Стойкая бесканюльная трахеостома, канюльная трахеостома, трахеотомия.

## САКТАЛГАН КЕКИРТЕКТЕ ТУРУКТУУ ТҮТҮКСҮЗ ТРАХЕОСТОМАСЫН ТҮЗҮҮ ҮКМАСЫ

Кадыров М.М., Шаршенбекова А.Ш., Эшболот к. Н.

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

**Корутунду:** Кекиртек тешигинин тарып кеткендеги туруктуу түтүксүз трахеостоманын аткаруу ыкмасынын негиздери, кекиртектеги резекциясынын кенейтилген түрлөрү, түтүктүү трахеостомасына тиешелүү эскертилген күчөтүүлөр туралуу маселелер келтирилген.

**Негизги создор:** туруктуу түтүксүз трахеостома, түтүктүү трахеостома, трахеотомия.

## THE FORMATION METHODS OF PERSISTENT CANNULA FREE TRACHEOSTOME IN PRESERVED LARYNX

Kadyrov M.M., Sharshenbekova A.Sh., Eshbolot k. N.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** There are given the methodical bases of performing persistent cannula free tracheostome in persistent stenosis of larynx resection preventing from complications from cannula tracheostome.

**Key words:** Persistent cannula free tracheostome, tracheal cannula, tracheostomy.

**Введение:** Больным по поводу стойких стенозов гортани, обычно производят расширенное хирургическое пособие требующее выполнения трахеостомии зияние которой поддерживается трахеостомической трубкой. Имеется указания в сообщениях М.М. Кадырова(1982)

Между тем, какими бы высокими и термопластичными свойствами не обладали трахеостомические трубки, они все же являются инородными телами, проведенными через кожно-трахеальный канал и введенными в трахею. А это значит, что недостатки, присущие канюльной трахеостоме, остаются, хотя и тяжесть их проявления выражена в меньшей степени. У таких больных сохраняется воспалительный процесс в кожно-трахеальном канале. Его стенки покрываются грануляциями и фибринозным налетом. В его просвете имеется гнойное отделяемое. Последний задерживается на трахеостомической трубке, повышает бактериологическую обсемененность, причем патогенными представителями микромира. Такое содержимое разлагается и издает неприятный запах. Та часть канюли, которая находится в трахее, оказывает давление на его стенки, нарушает функцию мерцательного эпителия. В свою очередь, это приводит к накоплению содержимого в ниже расположенном трахеобронхиальном дереве. В нем развивается трахеобронхит, а иногда и воспалительный процесс в легких. Не оказывается безразличным это воздействие и для других участков респираторного тракта, в том числе и выше расположенной гортани [4]/

Если же используются ригидные трубки, то частота и тяжесть осложнений канюленосительства значительно возрастает. Появляются язвенные поверхности от давления трубки из-за их стандартной, неизменяемой формы, переломы колец трахеи, разрастание грануляций, формирование стойких рубцевых стенозов и т.д. К тому же число подобного рода осложнений значительно возрастает при поспешном выполнении экстренных трахеостомий и повторных введении трахеоканюль при неудавшихся деканюляциях.

Описанные ситуации послужили нам основанием разработать методические основы формирования временных и стойких бесканюльных трахеостом и их использования. Они во многом облегчали состояние больных, предупреждали развитие послеоперационных ближайших и отдаленных

осложнений, помогали в использовании резервных механизмов разделительной функции гортани, способствовали более надежной фиксации мобилизованных отделов трахеи после циркулярной или фигурной ее резекции [2].

Поэтому изучение вопроса, связанного с исследованием различных аспектов формирования стойкой бесканюльной трахеостомы, следует считать актуальным.

**Методика формирования стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани по Фейгину Г.А. и Кадырову М.М. (1982).** После местной инфильтрационной анестезии 0,5 % раствором новокаина через срединный разрез шеи от уровня нижнего края перстневидного хряща и до нижней проекции яремной вырезки осуществляем обычный подход к трахее, но с бережным отношением к тканям, без тщательного скелетирования передней стенки трахеи и отсепаровки тканевых слоев в стороны (рис. 1).

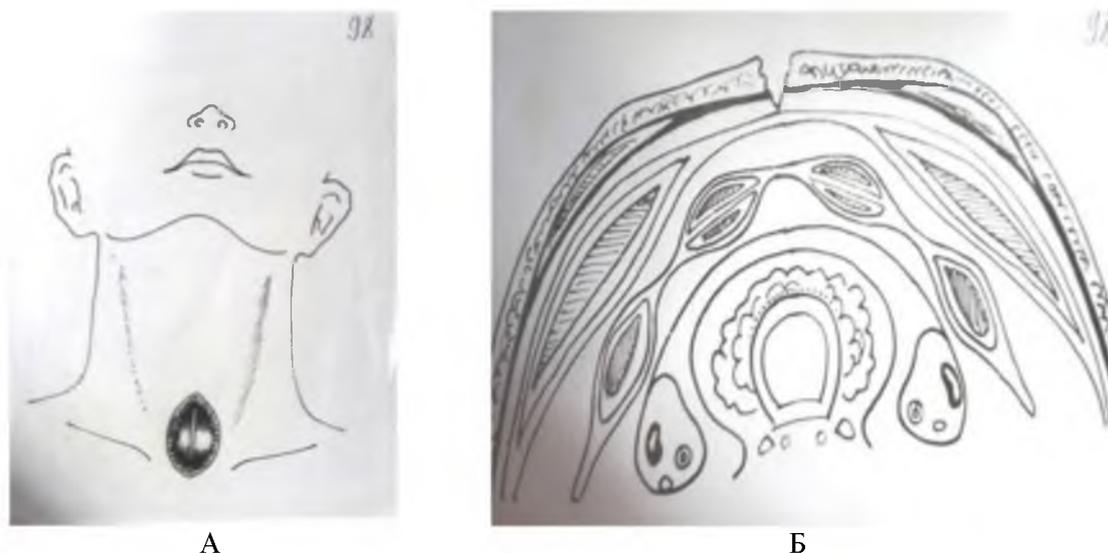


Рис. 1. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с сохраненной гортанью (1 этап-кожный разрез А) вид спереди Б) вид с горизонтальной плоскости.

Избыток тканей, суживающий подход к трахее (подкожная жировая клетчатка, перешеек щитовидной железы, края мышц), иссекаем. Затем через межкольевое пространство вводим 1,0мл 10% раствора лидокаина. После этого на уровне 2-4 колец трахеи из ее передней стенки выкраиваем лоскут языкообразной формы и широким питающим нижним основанием (рис. 2).



Рис. 2. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с нижним языкообразным лоскутом при сохраненной гортани (3 этап – выкраивание языкообразного лоскута из передней стенки трахеи на уровне ее 2-4 колец. После иссечения избытка тканей)  
А) вид спереди, Б) вид с горизонтальной плоскости

Языкообразный лоскут трахеи отворачиваем книзу и сшиваем с двух сторон с кожей верхнего угла и боковых краев раны монолитным капроновым шовным материалом. Длинные концы от этих нитей не срезаем. С двух сторон от сформированной трахеостомы (правой и левой) раздельно их связываем узлом. К узлам привязываем марлевые тесемки. Тесемки увязываем позади шеи с легким натяжением таким образом, чтобы нити лигатур не погружались в кожу у края трахеостомы и не оставляли в ней «странгуляционных следов» (рис. 3).

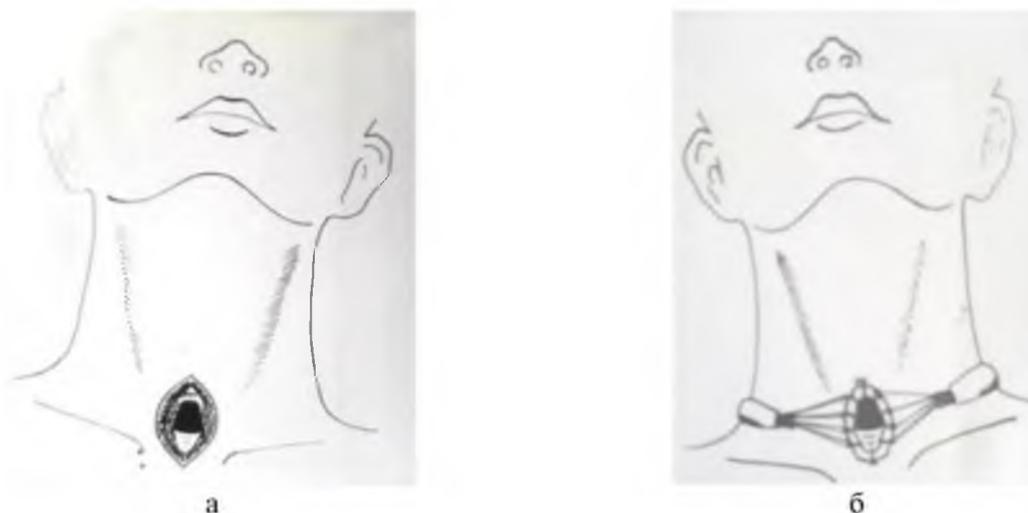


Рис. 3. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с нижним языкообразным лоскутом при сохраненной гортани (4 этап-а) языкообразный лоскут трахеи отвернут книзу и б) шит с нижним углом раны.

Швы со стойкой бесканюльной трахеостомы снимаем через 10-12 дней после операции. Сформированная таким образом стойкая бесканюльная трахеостома широко и стойко зияет. Через нее осуществляется достаточная вентиляция легких, что позволяет избавить больных от введения в сформированный просвет трахеостомической трубки

Стойкую бесканюльную трахеостому формировали в следующих патологических и хирургических ситуациях: 1) при травматических повреждениях гортани, сопровождающихся размозжением анатомических элементов гортани, пересечением или повреждением ниже-гортанных или возвратных ветвей блуждающих нервов (5 наблюдений); 2) при стенозах гортани, обусловленных двусторонним поражением ниже-гортанных нервов или возвратных ветвей блуждающих нервов инфекционной этиологии (4 наблюдения); 3) при стойких стенозах гортани, когда в названном органе имелись выраженные воспалительные изменения, грануляции, язвенные поверхности и активное келлоидное рубцевание, временно препятствующие визуальному и анатомическому выполнению операции, направленной на устранение стойкого стеноза гортани (2 наблюдения); 4) при длительном канюленосительстве после крико-конико-тиреостомий (4 наблюдения); 5) при тяжело протекающем и быстро рецидивирующем папилломатозе гортани и с распространением опухоли на нижний этаж органа и трахею (2 наблюдения); 6) при стенозах гортани, обусловленных послелучевым хондроперихондритом (4 наблюдения); 7) при развитии стойкого рубцового стеноза гортани после органосохраняющих операций на ней, когда трахеостома либо не формировалась, либо выполнялась по общепринятой методике и закрылась самостоятельно после удаления трахеостомической трубки (5 наблюдений); 8) при стенозах гортани, обусловленных инкурабельным раком органа (3 наблюдения); 9) при стенозах гортани, обусловленных курабельной опухолью, как этап перед основными лучевым, хирургическим, или комбинированным лечением (5 наблюдений); 10) при планировании лучевого лечения после резекций гортани (67 наблюдений); 11) при выполнении расширенных вариантов резекций гортани (174 наблюдения); [3].

Результаты оценки сформированной стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани у 275 больных в отдаленном послеоперационном периоде (табл.).

Клиническая оценка состояния стойкой бесканюльной трахеостомы  
в отдаленном послеоперационном периоде (через 12 мес.)

Клиническая оценка по			
Конечному исходу	Размеру сформировавшейся трахеостомы (см), количество больных	Дыхание через трахеостому	Состоянию краев трахеостомы и мягких тканей вокруг нее
Сформировалась достаточных размеров	1,2*1,0 и более 206 наблюдений	Свободное в покое и физической нагрузке	Края раны гладкие с нежными послеоперационными рубцами. Окружающие ткани не изменены
Сформировалась малых размеров	1,0*0,8 42 наблюдений	Свободное в покое и слегка затруднено при физической нагрузке	Края раны ровные, гладкие. Местами прилегающая кожа и мягкие ткани замещены рубцом.
Сформировалась недостаточных размеров или рубцово заросла	0,7*0,3 и менее 27 наблюдений	Невозможно без вставления трахеостомической трубки или трахеостомии	Вокруг трахеостомы грубые келоидные рубцы

### Заключение

Стойкая бесканюльная трахеостома, освобождая больного от канюленосительства, облегчает послеоперационное состояние больных. Ее наличие обеспечивает свободное дыхание. При такой трахеостоме не появляются нежелательные осложнения (воздушная эмфизема, гнойно-воспалительный процесс в кожно-трахеальном канале, трахее и бронхах, нарушение транспортной функции слизистой оболочки). Сформировавшаяся стойко зияющая трахеостома освобождает больных от тягостных ощущений больного и окружающих, проявляющихся неприятным запахом, пароксизмами кашля и бессонницей. Стойкая трахеостома, при правильном ее формировании, избавляет больных от повторных небезопасных введений трахеоканюль, переломов колец, появления грануляций и рубцовых деформаций в просвете трахеи, ее трехеомалиций, пролежней в ее стенке, порою жизненно опасных и т.д. [2]

### Литература

1. Фейгин, Г.А. *Что нужно знать о трахеостомии: монография* / Г.А. Фейгин, М.М. Кадыров, Д.Г. Фейгин. - Фрунзе: Изд-во Кыргызстан, 1989. - 92 с.
2. Сулайманов, Ж.С. *К проблеме трахеотомии и трахеостомии* / Ж.С. Сулайманов // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2009. - №4. - С. 80-81.
3. Кассиль, В.Л. *Искусственная и вспомогательная вентиляция легких* / В.Л. Кассиль, М.А. Выжигина, Г.С. Леснин. - М., 2009. - 81 с.
4. Кроков, А.И. *Диагностика, лечение и профилактика осложнений у хронических канюленосителей* / [А.И.Кроков и др.] // *Медицинский совет*. - 2014. - №3. - С. 88-91.

## ОЦЕНКА ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР ОРГАНОВ

**Б.Н. Жумабаева, А.А. Салыбаева, Арзыкулова Г.С.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Кафедра оториноларингологии (зав. каф. – д.м.н., проф. Насыров В.А.)

**Резюме:** в статье проведена оценка болевого симптома у 140 больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста», выявлено, что при остром риносинусите основным компонентом болевого симптома является соматическая боль, а у больных с хроническим ринитом преобладает психогенный характер боли. Оценка компонентов, составляющих болевой симптом (соматический, сенсорный и психогенный), позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.

**Ключевые слова:** риносинуситы, лицевые боли, болевой симптом.



## КУЛАК, МУРУН, ТАМАК МЕНЕН БАЙЛАНЫШКАН БЕТ ООРУУГА БАА БЕРҮҮ

Б.Н. Жумабаева, А.А. Салыбаева, Г.С. Арзыкулова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Бишкек ш., Кырыз Республикасы

Кулак, мурун, тамак оорулар кафедрасы

**Корутунду:** Мурун оорулары менен ооруган бейтаптарды баалоо 140 бет оору менен бейтаптардын ичинде баалуу өткөрүлгөн «Вербалдуу-түс тест» менен. Риносинусит оорусунда биринчи бир бөлүк соматикалык ооруу деп аныкталган, курчуу өнөкөт болгон риносинуситте сезүү ооруу белгим болгон. Өнөкөт болгон ринитте психогендик оору белгиси баамдылык кылат. Оору белгилер баалуу түзгөн компонентке оорунун патогенезин өзгөчөлүктөрүнө баа берип жана даарылоо стратегиясын аныктайт.

**Негизги сөздөр:** риносинусит, бет оору, ооруу белгиси.

### ASSESSMENT OF FACIAL ON ENT DISEASES

B.N. Zhumabaeva, A.A. Salybaeva, G.S. Arzykulova

I.K. Aknunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Department of Otorhinolaryngology

**Summary:** In this state comprehensive assessment of facial pain symptoms in patients with diseases of the nose and paranasal sinuses. The evaluation of pain symptoms in 140 patients with diseases of the nose and paranasal sinuses with the « Pain verbal color test» Revealed that acute rhinosinusitis main component of the pain symptoms is somatic pain. During exacerbation of chronic sinusitis, the main component of pain is a symptom of touch. In patients with chronic rhinitis predominant psychogenic nature of the pain. Evaluation of components that make up the painful symptoms (somatic, sensory and psychogenic), allows you to define the features of the pathogenesis of the disease and determine treatment strategy.

**Key words:** facial pain, paranasal sinuses, pain symptom.

#### Введение

Большая часть заболеваний уха, горла и носа сопровождается болевым синдромом. Сложность диагностики связана с тем, что иннервация органа слуха, носа, околоносовых пазух, глотки и гортани обеспечивается теми же нервами, которые снабжают кожу лица и головы, мышцы (жевательные, мимические, шейные), структуры ротовой полости (слизистую оболочку, язык, десны, зубы), слюнные железы. Чувствительная иннервация головы и лица осуществляется тройничным (V пара), языкоглоточным (IX пара), блуждающим (X пара) черепными нервами и верхне-шейными позвоночными нервами (C1, C2, C3). Ощущения, вызываемые патологическим процессом в тканях и связанные с повреждением самих нервов, разветвляющихся в этих тканях, часто практически неотличимы. Болевой синдром при синуситах имеет сложную природу и является следствием раздражения окончаний тройничного нерва в слизистой оболочке пазух продуктами метаболизма микроорганизмов и медиаторами воспаления, повышения давления экссудата в просвете пазухи при затруднении оттока, болезненной пульсации в результате избыточного пульсового растяжения артерий. Для синусита характерна тупая, постоянная распирающая боль, чаще в проекции пораженной пазухи, ощущение тяжести, напряжения. Иногда боль принимает пульсирующий характер. Интенсивность боли меняется в течение суток, что связано с изменением условий оттока из пазух в зависимости от положения головы. Дифференциально-диагностическим тестом может служить ослабление болевого синдрома после анемизации слизистой оболочки полости носа в результате улучшения оттока экссудата из пазухи. Локализация, характер, местная и отдаленная иррадиация боли зависят от топки поражения околоносовых пазух. При остром неосложненном фронтите наблюдается распирающая боль в лобной области, усиливающаяся при движении глазных яблок, при наклонах головы вперед с ощущением «прилива» к пазухе. Наибольшей интенсивности боль достигает по утрам, что связано с ухудшением дренажа пазухи в горизонтальном положении. При остром этмоидите давящая боль локализуется в области корня носа, переносья и внутреннего угла глаза. Боль иррадирует в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва, часто сопровождается слезотечением, отеком век, иногда – гиперемией конъюнктивы. Возможно появление болезненности глазного яблока. Болевой синдром при сфеноидитах наблюдается в 96% случаев и имеет различную локализацию. Типичный признак головной боли при сфеноидите – это «проекция постоянного места» в результате ее иррадиации в то

или иное место головы. Заболевания ЛОР органов могут стать причиной возникновения невrogenных прозопалгий. К этой группе можно отнести невралгию тройничного нерва, невралгию крылонебного узла, невралгию носоресничного нерва, прозопалгии неясного генеза.

**Цель:** комплексная оценка болевого симптома у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух, позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.

**Материалы и методы.**

В отделении болезней уха, горла и носа мы провели оценку больных с различными нозологическими формами лицевой боли у 140 больных в возрасте от 18 до 74 лет с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Вербально-цветового болевого теста». Это – комплексный экспресс-метод оценки и измерения боли. Тест оценивает выраженность компонентов болевого синдрома по 7-ми факторам-шкалам на различных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности и позволяет получить интегральную в баллах / процентах (количественную и качественную) оценку боли. Тест одновременно отражает особенности восприятия боли человеком на разных уровнях психики и позволяет определить локализацию боли, частоту возникновения, длительность, интенсивность болевых приступов (уровень ноцицепции), характер болевого ощущения (уровень восприятия боли) и вовлеченность эмоциональных компонентов (уровень эмоционального переживания), степень невротизации (поведенческий уровень) и зависимость появления у пациента болевых ощущений от влияния факторов внешней среды (уровень адаптивности). Вместе с вербальным описанием болевых ощущений используется невербальный символ - цвет. Это позволяет выявить неосознаваемое, часто скрытое для самого пациента отношение к своей болезни и определить выраженность психогенной составляющей в целостной картине восприятия боли. Исследования проводили с помощью компьютерной версии теста-программы «Пересвет Анти-боль». Тест содержит 7 шкал, в каждой из которых результат тестирования минимально равен нулю, максимально равен 6 баллам. Шкалы: лжи, частоты боли, длительности боли, интенсивности боли, сенсорных ощущений боли, эмоционального отношения к боли, невротизации, модальностей (адаптивности). Это позволяет оценить восприятие боли на уровне ноцицепции, ощущения, переживания, болевого поведения и адаптивности. Всем 140 больным мы провели подробное клиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию и перкуссию доступных стенок околоносовых пазух, переднюю и заднюю риноскопию, КТ околоносовых пазух.

**Результаты и обсуждение:**

Среди обследованных пациентов-63 (45%) составили больные с невралгией тройничного нерва, 41 (29,3%) с невралгией носоресничного нерва и 36 (25,7%) с прозопалгиями неясного генеза, что отражено в следующей таблице 1:

Таблица 1

Показатели обследования

Нозологическая форма	Количество	% соотношение	Сопутствующее заболевание
Невралгия тройничного нерва	63	45%	Острый риносинусит
Невралгия носоресничного нерва	41	29,3	Обострение хронического риносинусита
Прозопалгии	36	25,7	Прозопалгии неясного генеза

Слизистые выделения из носа имелись у 42 (30%) больных, слизисто-гнойные – у 73 (52,1%), у 25 (17,9%) – выделений из носа не было. Затруднение носового дыхания отмечали 133 (95%) больных. Гнойный процесс в пазухах как правило сопровождался выраженным болевым симптомом, а катаральный синусит не дает значительной боли, но 17,2% больных с отсутствием гнойного процесса в околоносовых пазухах дали высокий общий показатель болевого симптома за счет высоких баллов по шкалам эмоционального восприятия и невротизации. При этом у 13% пациентов с выраженным тяжелым гнойным процессом в околоносовых пазухах мы выявили низкий (0-2 балла) средний показатель болевого симптома (слабый болевой симптом), в том числе и по шкалам интенсивности и частоты. На КТ у всех больных определялись признаки воспалительного процесса слизистой оболочки носа и/или околоносовых пазух разной степени выраженности.

Как было указано, исследование проводилось среди 140 больных в возрасте от 18 до 74 лет. Возрастные категории указывают следующее: наибольший процент больных наблюдался в возрастной категории от 26 до 45 лет, вторую группу составили больные от 18 до 25 лет, то есть наиболее работоспособного возраста (Рис. 1).

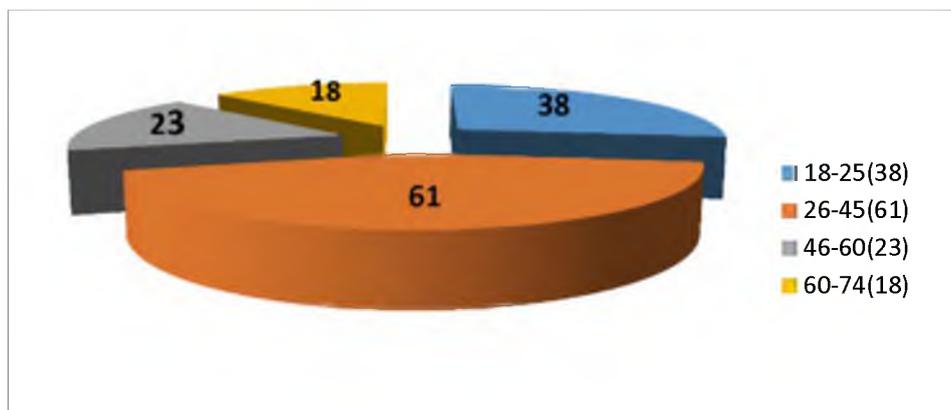


Рис. 1. Возрастные показатели.

**Невралгия тройничного нерва (ТН)** встречается чаще других, проявляется короткими приступами жгучей боли высокой интенсивности в зоне первой, второй или третьей ветви ТН – лобная, верхнечелюстная или нижнечелюстная локализация. Типичный приступ не вызывает сомнений: мучительная жгучая боль в области глазного яблока, спинке и половине носа. Болевой синдром сопровождается слезотечением и выделением из одной ноздри жидкого секрета. Триггеры в области внутреннего угла глазницы и крыла носа. Диагностический тест – смазывание лидокаином слизистой оболочки переднего отдела носовой полости, которая в течение 2 минут купирует боль.

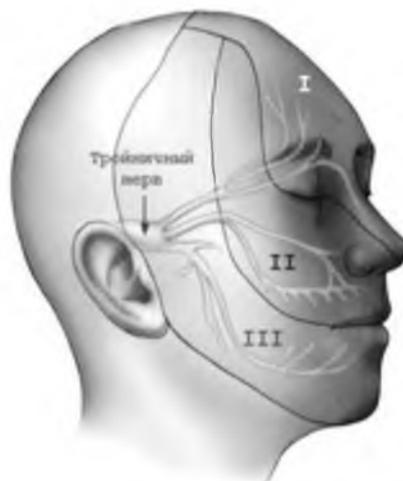


Рис. 2. Зоны иннервации ветвей тройничного нерва.  
<http://tutbolinet.ru/golova/nevralgiya-trojnichnogo-nerva.html>

**Невралгия носоресничного нерва** может возникнуть при патологии лор органов (гипертрофии нижних носовых раковин и вазомоторном рините, искривлении носовой перегородки, острых и хронических верхнечелюстных синуситах, острых и хронических этмоидитах, острых и хронических фронтитах, острых и хронических сфеноидитах), а также при одонтогенных гайморитах, а также при отёках слизистой оболочки носа и вирусных заболеваниях. Боли носят пароксизмальный характер и локализуются в области глазницы, носа, верхней челюсти и зубов (рис. 3). Вегетативные нарушения выражаются в гиперемии конъюнктивы, усиленном слезо- и слюноотечении, отёчности слизистой оболочки носа и ринорее; нередко наблюдается отёчность половины лица или отдельных его участков. Приступы могут сопровождаться одышкой, тошнотой. На высоте приступов часто отмечаются светобоязнь и нарушения зрения.



Рис. 3. Распространение болей при невралгии носоресничного нерва.  
<http://stom4you.ru/nevralgiva-nosoresnichnogo-nerva-sindrom-charlina.html>

В дифференциальный ряд также попадает идиопатическая персистирующая лицевая боль (ранее – атипичная лицевая боль), определяемая как постоянная боль в лице, не отвечающая диагностическим критериям ни одной из описанных форм краниальных невралгий и не связанная с другой патологией (таблица 2).

Таблица 2

Локализация болей при поражении лицевых нервов

Источник боли	Система	Зона распространения
Крылонебный узел	Тройничный нерв (V ч.н.)	верхняя челюсть, твердое небо, глаз. яблоко, корень носа
Ресничный узел		глазное яблоко, надбровье, спинка и половина носа
Носоресничный нерв		
Видиев нерв	Лицевой нерв (VII ч.н.) + сплетение ВСА	ткани орбиты (не глазное яблоко)
Верхний шейный симпатический узел	Шейный симпатический ствол	половина лица, головы, шеи, надплечья
Идиопатическая персистирующая лицевая боль		все лицо или любая его часть

Измерительная шкала длительности боли позволяет с помощью одной или нескольких характеристик подсчитать рейтинг болевых ощущений и, вместе со шкалой интенсивности, выявить соматогенный характер болевого ощущения. Высокие показатели по «соматическим» шкалам отражают выраженный болевой симптом. Чаще всего выраженный болевой симптом отмечен у пациентов с острыми гнойными процессами в околоносовых пазухах (4 и более баллов из 6) как раз за счет высоких показателей по шкалам интенсивности и частоты боли. У больных с хроническими процессами показатели по «соматическим» шкалам значительно ниже – в среднем 2 балла из 6-ти. А хронический ринит практически не вызывает интенсивной боли по этим шкалам: средний балл – 1,6. Шкала сенсорного ощущения боли позволяет провести качественный и количественный анализ сенсорного компонента болевого ощущения, уточнить степень патологических изменений, связанных с заболеванием. Сенсорный показатель боли в основном соответствует общему уровню болевого симптома. При интенсивном болевом симптоме сенсорный показатель заметно выше, чем при низком значении интенсивности. Наиболее высокие значения по «сенсорным» шкалам мы получили у больных с хроническими риносинуситами – до 4-5 баллов. Это позволяет охарактеризовать боль при хронических риносинуситах как актуальную, имеющую прямую связь с патогенезом заболевания. Болевой симптом при рините, связанный с затруднением носового дыхания, также обусловлен в большой степени сенсорным компонентом – 3-4 балла. А вот острый гнойный процесс не дает высоких показателей по чувствительным шкалам – всего 2-3 балла.

### **Выводы:**

1. Показатель частоты боли отражает достоверность связи болевого симптома с вызвавшим его заболеванием. Мимолетный, однократный характер боли исключает соматогенный характер болевого симптома. У больных с риносинуситами частота болевого симптома в среднем оценивается в 3-4 балла. Это средний показатель, что доказывает связь патологического процесса и причины болевого симптома.
2. Болевое ощущение не коррелирует с причиной и тяжестью течения патологического процесса. В схему лечения риносинуситов необходимо включать средства, воздействующие на патогенетические звенья болевого симптома.

### **Список литературы:**

1. Яхно Н.Н. Боль: руководство для студентов и врачей/ Н.Н. Яхно. - М :МЕДпресс-информ, 2010. – 304 с.
2. Бойко Н.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей /Н.В. Бойко, И.В. Стагниева//Российская ринология. - 2012. - №4. - С. 39-41.
3. Адашинская Г.А. Многомерный вербально-цветовой тест/ Е.Е. Мейзеров, Г.А. Адашинская // Вестник оториноларингологии. - 2005. – С. 26-33.
4. Zakrzewska J.M. Facial pain: an update Curr Opin Support Palliat Care/J.M. Zakrzewska, 2009. - 125-130 p.

## **ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВЫСОКОГОРЬЯ НА ОРГАНЫ СЛУХА И РАВНОВЕСИЯ У РАБОЧИХ РУДНИКА «КУМТОР»**

**Кошукеева А.К., Тургумбеков А.З., Нарматова К.К.**

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

**Резюме:** В работе представлены результаты исследования слухового и вестибулярного анализаторов у рабочих рудника “Кумтор” в условиях высокогорья. Полученные результаты свидетельствуют о высоком риске развития нейросенсорной тугоухости у операторов тяжелой техники со стажем более 5 лет, что способствует поражению периферического и центрального отделов слухового анализатора.

**Ключевые слова:** профессиональная тугоухость, высокогорье, вахтовый метод работы, слуховая асимметрия, вестибуло-вегетативные реакции.

## **"КУМТОР" КЕНИНИН ИШТООЧУЛОРУНУН КУЛАК УГУУ ЖАНА ТЕҢ САЛМАКТУУЛУК ОРГАНДАРЫНА ТООЛУК АЙМАКТЫН СЕБЕПТЕРИНИН ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ**

**Кошукеева А.К., Тургумбеков А.З., Нарматова К.К.**

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

**Корутунду:** Бул изилдөөдө, тоолуу аймакта иштеген “Кумтор” кенинин жумушчуларынын вестибулярдык жана угуу анализаторлоруна болгон таасиринин жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Алынган жыйынтыктар, 5 жылдан ашык оор жабдуулар менен иштеген операторлордун нейросенсордук чала угууга, өзгөчө угуу органдарынын четки жана борбордук бөлүктөрү чоң коркунучта экенин күбөлөндүрөт.

**Негизги создор:** кесиптик чала угуу, тоолуу аймак, иш которуштуруу ыкмасы, угуу асимметриясы, вестибулярдык-вегетативдүү реакциялар.

## **INFLUENCE OF HIGH ELEVATION ON THE HEARING AND BALANCE ORGANS OF THE “KUMTOR” MINE WORKERS.**

**Koshukeeva A.K., Turgumbekov A.Z., Narmatova K.K.**

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

**Summary:** The study presents the results of research of auditory and vestibular analyzers in the workers of the “Kumtor” mine functioning in high-elevation conditions. The results obtained indicate a high risk of neurosensory hearing loss in heavy equipment operators with experience of more than five years, caused by the deterioration of the peripheral and central parts of the auditory analyzer.

**Main words:** occupational deafness, highlands, shift, auditory asymmetry, vestibular-vegetative reactions.

## **Введение**

Проблема изучения влияния факторов высокогорья на различные функциональные системы человека является актуальной, в особенности для центрально-азиатского региона. Многими авторами изучалось влияние комплексов факторов высокогорья на различные органы и системы человека и приспособительные реакции организма к экстремальным условиям внешней среды [1,2]. Вместе с тем, вопрос о влиянии факторов высокогорья на состояние ЛОР-органов у коренных жителей и лиц, мигрирующих в условиях высокогорья, практически мало изучен [6,7].

**Цель данного исследования:** Изучение динамики функционального состояния слухового и вестибулярного анализаторов у лиц, работающих в условиях высокогорья и адаптационных изменений вестибулярного анализатора у частых мигрантов – рабочих рудника “Кумтор”.

**Задачи исследования:** Изучить функциональное состояние слухового и вестибулярного анализаторов у работников рудника «Кумтор» в зависимости от условий труда и длительности пребывания на высоте. На основании динамического наблюдения определить степень нарушения слухового аппарата у лиц впервые поднявшихся на высоту и работников рудника «Кумтор» (3800-4200 м н.у.м). Установить и рекомендовать максимальный срок работы у лиц, находящихся в группе риска развития нейросенсорной тугоухости.

**Актуальность исследования:** Изучение воздействия факторов высокогорья, профессиональных вредностей и постоянной миграции в горах, с частым подъемом и спуском на работников рудника «Кумтор».

### **Материалы и методы исследования:**

В данной работе обследовано 82 рабочих основных и вспомогательных профессий от 20 до 57 лет, средний возраст которых составил 37,5 года. В условиях вредного производства были заняты 62 человека, из них наибольшее число обследуемых были в возрасте от 30 до 49 лет. В зависимости от профессии обследуемые были подразделены на следующие группы: I группа – операторы тяжелой техники – 23 рабочих, работающих с тяжелой техникой; II группа – работники фабрики – 17 человек, работающих с сырьем и его обработкой и др; III группа – 22 работника вспомогательных профессий (механики, геологи, переводчики и др.) (табл.).

В состав контрольной группы вошли 20 человек, которые не сталкивались с воздействием производственных вредностей.

Также были выделены группы риска работников, связанных с профессией, возрастом и стажем их работы на руднике “Кумтор”. В данную группу отнесено 33 работника со стажем свыше 4-5 лет в возрасте старше 40 лет, из них: 17 операторов тяжелой техники (I группа) и 16 работников вспомогательных профессий (II группа). К профессиональным вредностям работников золоторудного комбината “Кумтор” были отнесены: вахтовый метод работы, удаленность от дома, низкие температуры, гипоксия, шум, вибрация, запыленность рудничного воздуха.

**Методы исследования слухового анализатора:** Сбор анамнеза, отоскопия, шепотная и разговорная речь, исследование камертонами (C128, C2048, W, Ri, Sch), проходимость евстахиевых труб по методу Тойнби с помощью ушного манометра Светлакова, тональная пороговая, надпороговая – Si-Si тест, проба Langenbeck, речевая аудиометрия, отоневрологические пробы. Все пороговые тесты проводились у рабочих перед работой и во время отдыха.

**Методы исследования вестибулярного анализатора:** устойчивость в позе Ромберга, походка по прямой линии, фланговая походка, указательная проба, определение наличия спонтанного нистагма, калорическая и вращательная пробы. Вестибуловегетативные реакции оценивались следующим образом:

0 – отсутствие вегетативных реакций;

I ст. – появление тошноты;

II ст. – тошнота, гипергидроз, гиперемия или побледнение кожных покровов;

III ст. – симптомы, характерные для II ст. в сочетании с рвотой.

### **Результаты исследования:**

Слуховой анализатор:

Характер и количество жалоб предъявляемых рабочими рудника «Кумтор» на нарушение слуховой функции (в %)

Обследованные группы		Общее количество		Заложенность в ушах		Снижение слуха		Шум в ушах	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Контрольные группы		20	100	1	5	-	-	1	5
Профес-	Операторы тяжелой техники	23	100	4	17,4	6	26,1	4	17,4
	Работники фабрики	17	100	1	6	2	11,8	7	41,2
	Работники вспомогательных профессий	22	100	2	9,1	2	9,1	4	18,2
ВСЕГО:		62	100	7	11,3	10	16,1	15	24,2
Стаж	до 3х лет	12	100	2	16,7	1	8,3	1	8,3
	от 3х до 5 лет	24	100	2	8,3	3	12,5	5	20,8
	более 5 лет	26	100	3	11,5	6	23,1	9	35
Возраст:	20-29 лет	10	100	1	10	-	-	1	10
	30-39 лет	21	100	2	9,5	3	14,3	5	23,4
	40-49 лет	26	100	3	11,5	4	16	7	26,3
	50 лет и более	5	100	1	20	3	60	2	40

Проведен сравнительный анализ между показателями порогов слуха левого и правого уха 1998 и 2001 годов, а также между односторонними данными показателей слухового анализатора (рис. 1, 2). Анализ выявил определенную динамику повышения средних показателей порогов слуха за сравниваемый период. Выявлена достоверная разница только на низких и высоких частотах, а на средних частотах незначительные изменения порогов слуха.

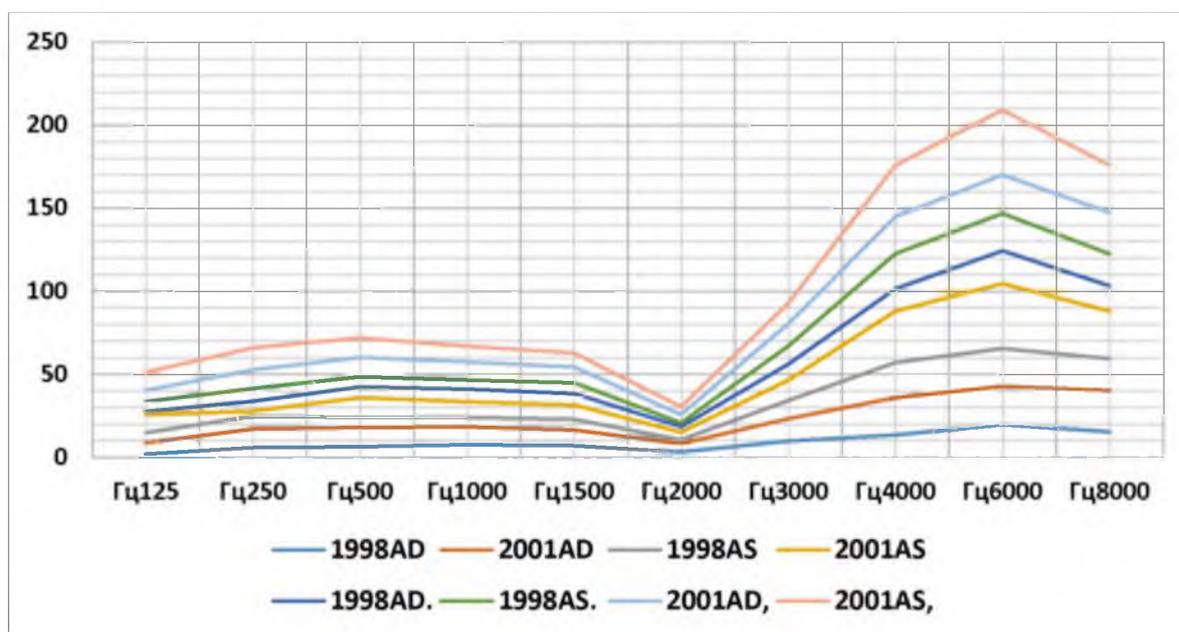


Рис. 1. Сравнительный анализ средних показателей порогов слуха по воздушной проводимости у операторов тяжелой техники за 1998 и 2001 годы.

На звуковых частотах 125 и 250 Гц достоверность разницы была высокой: на частоте 125 Гц – 6,8, на частоте 250 Гц – 1,2, в то время как на высоких частотах средние показатели от 9,7 до 25,0 дБ.

Сравнение данных средних показателей проведенных между левыми сторонами показали высокие значения чем между правыми сторонами. На низких частотах средние показатели с левой стороны от 5,9 до 13,2 дБ и на высоких от 19,1 до 39,1 дБ.

Разница между средними показателями порогов слуха с правой и левой стороны в 2001 году на частоте 6000 Гц была максимальной по сравнению с другими частотами составляя 15,9 дБ, в то время как, разница слева между 1998 и 2001 году на данной частоте составила 16,6 дБ.

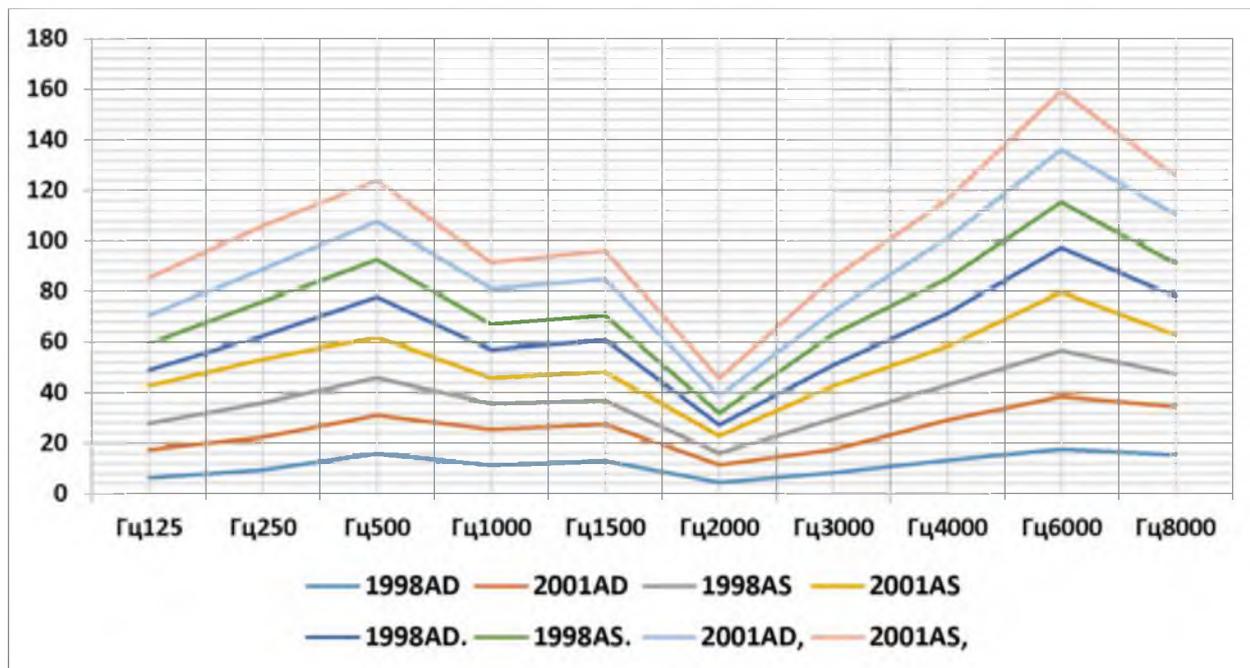


Рис. 2. Сравнительный анализ средних показателей порогов слуха по воздушной проводимости у работников вспомогательных профессий за 1998 и 2001 годы.

Проведенный анализ средних показателей порогов слуха у работников вспомогательных профессий показал однотипную картину полученной у операторов тяжелой техники.

На основании данных исследований слухового анализатора, и опираясь на классификацию Остапковича и Панамарёвой по оценке слуховой функции выделены в исследуемых группах поражения слухового аппарата различной степени. В группе работников кохлеарные невриты с I степенью снижения слуха встречались 14,5% случаев, со II степенью в 6,4% случаев со стажем работы свыше 5 лет.

#### Вестибулярный анализатор:

В ходе исследования были выявлены следующие жалобы: головные боли, возникающие в первые дни пребывания на высоте, которые носили стойкий характер. Жалобы на головокружение в виде потемнения в глазах, мелькание “мушек” перед глазами, на тошноту и слабость.

У рабочих со стажем до 5 лет в 20,5% имело место I степень сердечно-сосудистых реакций, в то время как у рабочих свыше 5 лет выявлено в 50,5% случаях. II степень сердечно-сосудистых реакций со стажем до 5 лет имело место в 11,7% случаев, а в группе со стажем выше 5 лет в 14,7% случаев. III степень только у рабочих со стажем работы выше 5 лет в 2,94% случаев. Вестибуло-вегетативные реакции I и II степеней чаще встречается у рабочих со стажем работы свыше 5 лет, а также у рабочих возрастных от 40 и выше.

У рабочих основной группы при проведении калорической пробы обеих ушей нистагм I степени встречался у 70,5%, II степени у 2,94%, III степени не выявлялся.

#### Выводы:

1. Трудовая деятельность у операторов тяжелой техники в условиях высокогорья (3800-4200 м н.у.м.) имеет высокий риск развития нейросенсорной тугоухости и способствует поражению периферического и центрального отделов слухового анализатора.
2. Степень изменений состояния слухового анализатора зависит больше от воздействия производственных факторов и условий высокогорья, а состояние вестибулярного анализатора и частота развития вестибуло-вегетативных реакций возрастает со стажем работы.
3. На основании вышеперечисленных данных рекомендуется установить максимально допустимый срок работы операторов тяжелой техники не более 5-7 лет, с последующим переходом на другую работу.

### **Литература:**

1. Миррахимов М.М., Гольдберг П.Н. "Горная медицина" - Ф. Кыргызстан. 1978. С. 167.
2. Данияров С.Б., Зарифян А.Г. "Высокогорье и вегетативная система". – Ташкент. 1977. С. 176.
3. Аширбаев А.А., Акылбеков И.К., Тухватишин Р.Р. Влияние природно-климатических и производственных факторов на здоровье рабочих на высокогорных производствах. Бишкек. – КГМА. – 1998. – С25-28.
4. Мулладжанов Х. М. Функциональное состояние ЛОР - органов при адаптации к высокогорью //Автореф.дис. ...канд. мед. наук. - Душанбе. - 1982. - 23с.
5. Тохирова М.Г. Состояние ЛОР-органов у жителей разных высот Памира : Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - Душанбе. - 1982. – 23 с.

## **ДИАГНОСТИКА ТУГОУХОСТИ И ГЛУХОТЫ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**Нарматова К.К., Исаева Ч.О., Халфина В.В.**

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

Кафедра оториноларингологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Статья посвящена вопросам своевременного выявления врожденных нарушений слуха у новорожденных с целью коррекционных мер, необходимых для речевого и психоэмоционального развития ребенка, так как поздняя диагностика нарушения слуха у детей первого года жизни ведет к развитию глухонемой и, как следствие, к их инвалидизации.

**Ключевые слова:** Патология слуха у детей, тугоухость, глухота, аудиологический скрининг, отоакустическая эмиссия.

## **КЫРГЫЗСТАНДА БАЛДАРДЫН НАЧАР УГУШУНА ЖАНА ДУЛОЙЛУГУНӨ ДИАГНОЗ КОЮУ**

**Нарматова К.К., Исаева Ч.О., Халфина В.В.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы.

Оториноларингология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Макала баланын сүйлөө жана психо-эмоционалдык жактан өнүктүрүү үчүн зарыл болгон түзөтүү иш-аракеттерин кылуу максатында ымыркайлардын туубаса угуу жөндөмдүүлүгүнүн бузулушун өз убагында аныктоо маселесине арналат. Жашоонун биринчи жылында балдардын угуу жөндөмдүүлүгүнүн бузулушун кеч аныктоо дүлөйлүк, дудуктун өнүгүшүнө жана майыптыкка алып келет.

**Негизги создор:** Балдардын угуу патологиясы, начаругуу, дүлөйлүк, аудиологиялык скрининг, отоакустикалык эмиссия.

## **EARLY DIAGNOSIS OF HEARING LOSS AND DEAFNESS IN CHILDREN**

**Narmatova K. K., IsaevaCh. O., Khalfina V. V.**

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

The Department of otorhinolaryngology,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** The article deals with the timely detection of congenital hearing loss in newborns for taking the corrective measures aimed at speech and psycho-emotional development of a child, as the late diagnosis of hearing loss in children in the first year of life leads to the development of deaf-mutism, and as a consequence to their disability.

**Key words:** Hearing pathology in children, deafness, deafness, audiological screening, otoacoustic emission.

Слух как функция, которая обеспечивает восприятие звуковой информации человеком, является неотъемлемой частью его жизни. В настоящее время проблема детской тугоухости и глухоты остается одним из значимых вопросов и в медицинской практике, и в социальном отношении. Человек со сниженным слухом значительно труднее адаптируется в социуме, ограничен в выборе образования и профессиональной деятельности, сталкивается со специфическими сложностями в межличностном общении не только в семье, но и в коллективе [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с тотальной глухотой, а нарушение слуха легкой и средней степени выраженности имеется у 1-2% новорожденных [2]. Важность раннего выявления нарушения слуха у новорожденных не вызывает сомнений, так как коррекция нарушений слуховой функции должна проводиться, как можно раньше, и успех реабилитации слабослышащих и не слышащих детей зависит напрямую от того, в какие сроки она была начата. А если обратить надлежащее внимание к проблеме патологии слуха как в первые годы жизни ребенка, являющейся одним из важнейших периодов развития речи, так и на всех этапах развития ребенка, обеспечит оптимальное формирование его как личности [1,2].

Эффективным решением вопроса ранней диагностики нарушения слуха является внедрение универсального аудиологического скрининга, основанного на регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) и/или коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) всем новорожденным во всех родильных домах.

На протяжении многих лет в Кыргызской Республике аудиологический скрининг новорожденных не проводился, а выявление патологии слуха ложилось на родителей, что приводило к достаточно поздней диагностике тугоухости и глухоты, и, следовательно, к неэффективности проводимого лечения.

В 2017 году аудиологами и оториноларингологами из Турции на базе ФУВ КГМИиПК г. Бишкек был проведен семинар-тренинг на тему: «Неонатальный скрининг новорожденных». Основной акцент был сделан на освоении методики проведения обследования и изучение алгоритма работы. И с мая 2017 года 2 родовспомогающих учреждения г. Бишкек, были оснащены универсальным неонатальным скринингом для новорожденных, которых обследуют на 2-4-й день после рождения, и при показаниях через месяц в специализированном кабинете. При подтверждении сенсоневральной тугоухости ребенок нуждается в слухопротезировании, то есть использовании современных цифровых слуховых аппаратов, а в случае глубокого снижения слуха (тугоухость IV степени и глухота) – в высокотехнологичном методе лечения – кохлеарной имплантации [5,6]. Для осуществления диагностики нарушений слуха у детей, а также в своевременном их лечении и реабилитации, необходимо оборудовать сурдологопедические кабинеты современной диагностической и реабилитационной аппаратурой [7].

Учитывая вышеизложенное, **целью нашей работы** является повышение эффективности ранней диагностики тугоухости и глухоты у детей в Кыргызской Республике.

#### **Материал и методы исследования**

В Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) новым оборудованием Otometrics «MADSEN Accuscreen» с мая 2017 г. было обследовано более 1925 детей, было выявлено 5 (0,25%) новорожденных с патологией слуха, которым повторно через месяц было проведено обследование на этом же аппарате. Данный аппарат позволяет провести два теста: исследование реакции слухового ствола центральной нервной системы (по международной терминологии ABR) и отоакустической эмиссии (ОАЭ). Оба теста являются точными, не инвазивными, автоматизированными и не требуют каких-либо поведенческих реакций от ребенка [8].

Процедура обследования занимает несколько минут, и очень проста в применении. Дети обследовались в утренние часы после кормления в состоянии покоя или физиологического сна. Результаты обследования выводятся на экран прибора в виде графика. При получении положительного результата на экране прибора высвечивается надпись «Прошел». Если в результате обследования положительный результат не был достигнут, на экране появляется знак – «красный крест». Положительный результат скрининга свидетельствует о нормальной функции волосковых клеток улитки у обследованных детей. Дети с результатом «тест не пройден» при повторном исследовании через месяц, были направлены на дальнейшее исследование органа слуха – осмотра ЛОР-врача для исключения патологии наружного и среднего уха, а также консультацию сурдолога с проведением углубленного аудиологического обследования.

В детском центре диагностики и реабилитации «СЛУХ» г. Бишкек в период с 2016 по 2018 гг. проведены обследования 202 детей в возрасте с момента рождения до 14 лет, у которых выявлено нарушение слуха различного типа и степени тяжести: 92 (45,5%) девочек и 110 (54,4%) мальчика. Диагноз тугоухость выявлен у 174 (86,1%) детей; глухота – у 28 (13,9%) пациентов.

Критериями исключения детей из исследования являлись: острая патология среднего уха, тяжелые психические заболевания у детей, наличие в семье более трех поколений с глубоким нарушением слуха, где используют в общении только жестовую речь.

При первичном обращении в детский центр диагностики и реабилитации «СЛУХ» (г. Бишкек) после сбора анамнеза всем детям мы проводили функционально-диагностические исследования ЛОР-

органов и аудиологические исследования слуха, которые выполняли на оборудовании фирмы Interacoustics, Дания: импедансометрию проводили при помощи импедансометра MaicoGasesag; регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ), коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) на аппарате «Нейроаудио». Аудиометрию проводили на клиническом аудиометре, при этом детям до 1,5 лет регистрировали условно-рефлекторную двигательную реакцию ребенка (в виде поворота головы, глаз) в сторону источника звука в свободном поле с помощью динамиков, детям с 1,5 до 3 лет вырабатывали двигательную реакцию в ответ на предъявление звука (сбор пирамидки), у детей с 3 до 5 лет применяли игровую аудиометрию со зрительным подкреплением, пациентам старше 5 лет (при отсутствии психических нарушений) – тональную аудиометрию с предъявлением акустических стимулов через телефоны воздушной и костной проводимости.

По показаниям, начиная с года жизни, детям проводили компьютерную томографию (КТ) височных костей и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головы. Функционально-диагностические методы исследования нервной системы и офтальмологическое консультирование, лабораторные исследования и консультации специалистов (по показаниям) проводили детям в детских клинических больницах.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

По результатам обследования 202 детей тугоухость диагностирована у 174 (86,1%) человек: глухота – у 28 (13,9%) человек. При этом выявлено значительное преобладание сенсоневральной патологии у 174 (84,6%) детей; кондуктивная тугоухость выявлена у 25 (14,3%) детей, смешанное нарушение слуха – у 3 (1 %) детей.

Врожденная патология слуха была выявлена у 171 детей (у 91 мальчиков и 80 девочек) и у 31 ребенка – приобретенная патология слуха (у 19 мальчиков и 12 девочек).

В анамнезе детей с сенсоневральной тугоухостью или глухотой наиболее часто встречались следующие факторы риска: срок гестации менее 37 нед (26,1%); масса при рождении менее 1500 г (6,5%); родовая травма или асфиксия в родах (43,5%); болезни матери в первой половине беременности, которые могли привести к снижению слуха, например краснуха, скарлатина, корь, герпес (2,2%); острый менингит у детей (10,9%); применение ототоксических препаратов женщиной во время беременности (4,3%); отягощенная наследственность в виде глухоты или тугоухости у родителей (6,5%); перенесенные инфекционные заболевания у детей (6,5%). У (9%) детей не было выявлено ни одного этиологически значимого фактора риска. Выявив тугоухость или глухоту у ребенка, далее мы определяли этиологию нарушения слуха, что позволило на ранних этапах диагностики определить прогноз заболевания у ребенка и выработать правильную тактику реабилитации в дальнейшем. У обследованных новорожденных в Национальном центре охраны материнства и детства не было ни одного случая наследственной формы тугоухости. Необходимо отметить, что при врожденной патологии слуха, диагностированной у ребенка, была начата комплексная реабилитация больного, учитывающая состояние здоровья организма в целом и включающая все необходимые коррекционные методики, в возрасте 1-1,5 лет.

#### **Выводы:**

1. В Кыргызской Республике аудиоскрининг необходимо проводить всем новорожденным, особенно имеющим факторы риска по развитию тугоухости и глухоты, так как сохраняется большая возможность использовать остаточный слух путем лечения и слухопротезирования, а также уменьшения влияния этого дефекта на психическое развитие ребенка, что позволяет в последующем иметь хороший уровень речевого развития и способствовать социальной интеграции ребенка и снижению уровня инвалидизации.
2. Метод регистрации и анализа отоакустической эмиссии является наиболее перспективным доступным методом аудиоскрининга, для граждан Кыргызской Республики, так как данная скрининговая программа делает реальной диагностику патологии слуха у детей на первом году жизни, что позволяет начать лечебно - профилактические мероприятия на ранних стадиях заболевания.
3. Родители должны очень внимательно относиться к своему ребенку и помнить о том, что чем раньше они обратятся к врачу при подозрении на нарушение слуха у ребенка, тем больше шанс предотвратить инвалидность с детства.
4. Причины, приводящие к развитию тугоухости и глухоты в детском возрасте, необходимо шире освещать при обучении студентов педиатрического факультета, а также в программах последипломного образования врачей, так как знание и учёт фоновых факторов риска по развитию тугоухости поможет осуществлению превентивных мероприятий в отношении поражения слухового анализатора.



## **Литература**

1. Кисина, А.Г. Практический опыт внедрения аудиологического скрининга для детей разных возрастных групп / А.Г. Кисина, Т.В. Савинова // *Российская оториноларингология* – 2006. – №5(24). – С. 56-59.
2. Кисина, А.Г. Особенности диагностического алгоритма нарушения слуха у детей // *Материалы X Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»*. – Москва, 2011. – С. 342.
3. Кисина, А.Г. Особенности комплексной диагностики нарушения слуха у детей / А.Г. Кисина // *Вестник оториноларингологии*. – 2011. – №5. – С. 83.
4. Возможность молекулярных и популяционно-генетических методов в диагностике наследственной тугоухости / [А.Г. Кисина, и др.] // *Материалы 4-го Национального конгресса аудиологов*. – Суздаль, 2011. – С. 41.
5. Таварткиладзе, Г.А. Раннее выявление нарушений слуха, начиная с периода новорожденности. / Г.А. Таварткиладзе // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1996. – № 3-4. – С. 50-54.
6. Володин, Н.Н. Выявление патологии органа слуха в системе медицинского обеспечения детей раннего возраста. / Н.Н. Володин, Г.А. Таварткиладзе, Ю.В. Козунь // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2000. – №5. – С. 20-24.
7. Королева, И.В. Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию / И.В. Королева // *Сурдопедагогическое обследование и оценка перспективности использования кохлеарного импланта*. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 98.
8. Мельничук, О.П. Предикторы нарушения слуха у недоношенных новорожденных / О.П. Мельничук // *Здоровье ребенка*. – 2013. – №3 (46). – С. 18-21.

## **СИНДРОМ СУХОГО ГЛАЗА В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСТАНА**

**Асанов А.А.**, научный руководитель – к.м.н., доцент **Базарбаева Ч.С.**

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

г. Бишкек, Кыргызстан

**Резюме:** Синдром сухого глаза (ССГ) остается актуальной проблемой офтальмологии. Этиология и патогенез этого заболевания неясны, но точно известно, что это многофакторное заболевание. Одним из факторов развития ССГ, является высокогорье, с повышенной ионизацией воздуха, ультрафиолета, гипоксии с уменьшенным парциальным давлением кислорода, что приводит к нарушению осмолярности слезы. Нарушение слезной осмолярности приводит к развитию ССГ. Мы исследовали пациентов из Иссык-Кульской, Нарынской областей и Памира. Мы пришли к выводу, что чем выше высокогорье, тем чаще проявляется ССГ. Таким образом, это влияет как на молодых, так и на пожилых жителей высокогорья. Но пожилые женщины были более затронуты, что было связано с дисфункцией мейбомиевых желез менопаузального генеза.

**Ключевые слова:** синдром сухого глаза, ССГ, высокогорье, гипоксия, горная болезнь, Кыргызстан, мейбомиевы железы, слезные железы.

## **КУРГАК КОЗ СИНДРОМУ КЫРГЫЗСТАНДЫН БИЙИК ТОО ШАРТЫНДА**

**Асанов А.А.**, илимий жетекчи – м.и.к., доцент **Базарбаева Ч.С.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек ш., Кыргызстан

Кургак көз синдрому (ККС), азыркы учурда, офтальмология облусунда актуалдуу маселе бойдон калууда. Бул дарттын этиологиясы жана патогенези белгисиз, бирок, бир нерсе так белгилүү. ККС көп факторлуу оору. Бул синдромдун өнүгүшүнүн бир себеби бул, бийик тоолуу аймактар, абадагы иондун жана ультрафиолет нурунун көбөйүшү. Андан сырткары, кычкылтектин парциалдык басымынын азайышынан келип чыккан гипоксия (гипоксия-организмге жетишпеген керектүү өлчөмдөгү кычкылтек). Жогорудагы факторлордун жыйынтыгы, көз жашынын осмолярдуулугунун бузулушу алып келет. Биз Ысык-Көл, Нарын облустарындагы жана алыскы Памир аймагынан келген бейтаптарды изилдеп көрдүк. Жыйынтыгында мындай чечимге келип токтодук. ККС көп тараганы бул, бийик тоолуу аймактардын, деңиз деңгээлинен дагы бир нече көрсөткүчкө бийигирээк турушу. Бул натыйжа, жогорудагы айтылган аймактарда жашаган жаштарга, улгайган адамдарга өз таасирин тийгизет. Бирок ошол эле учурда, бул дартка көбүнчө улгайган аялзаты кабылат. Себеби, менопаузальдык генез учурундагы мейбомий бездеринин начар иштөөсү.

## DRY EYE SYNDROME IN THE HIGH MOUNTAINS OF THE KYRGYZSTAN

Asanov A.A., scientific director – M.D., Ass.prof. – Bazarbaeva C.S.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, Kyrgyzstan

Dry eye syndrome (DES) remains a current problem in ophthalmology. Etiology and pathogenesis of this disease is unclear, but it is precisely known that this is a multifactorial disease. One of the factors of development of the DES is a high mountain environment with increased ionization of air, ultraviolet, hypoxia with reduced partial pressure of the oxygen, which leads to a violation of tear osmolarity. The violation of tear osmolarity leads to development of the DES.

We examined patients from Issyk-Kul, Naryn regions and Pamir. We came to the conclusion that as higher the mountain the more frequent the DES occurs. It affects both young and elderly inhabitants of the highlands in the same way. But elderly women were more affected that was associated with the dysfunction of meibomian glands of menopausal genesis.

### Введение

Большое внимание офтальмологов к данной проблеме связано с возрастающей частотой пациентов, страдающих данной патологией, причем частота встречаемости ССГ в популяции коррелируется с увеличением возраста пациентов. Кроме того, актуальность связана с недостаточной осведомленностью практических врачей о многообразии клинических проявлений, методов диагностики и лечения данной патологии.

Изучению этой патологии посвящено большое количество исследований, как отечественных, так и зарубежных авторов. Но, несмотря на это, точный механизм развития данного синдрома до сих пор не выяснен. Отсюда следует вывод, что в основе развития этой патологии лежит комплексный, многофакторный механизм. Это и нарушение функционирования прекоorneальной пленки, состоящей из трех слоев, иммуноопосредованный воспалительный генез конъюнктивы, приводящий к дестабилизации слезной пленки. Это первичные иммунодефицитные состояния, приводящие к развитию аутоиммунных состояний. Это гиперчувствительность тканей глаза, сухость его поверхности, перилимбальная ишемия вследствие экологических факторов. [Синдром сухого глаза, Кудряшова Ю.И.]

В отечественной литературе мы не нашли работ, посвященных развитию ССГ, особенностей клиники у пациентов в условиях высокогорья, а это является одним из факторов развития ССГ. Получение таких данных может помочь в прогнозе течения данного заболевания, выработке адекватной местной и общей терапии этой категории пациентов.

Вся территория нашей республики лежит выше 401 м над уровнем моря,

Более половины её располагается на высотах от 1000 до 3000 м и примерно треть – на высотах от 3000 до 4000 м. В высокогорных условиях имеет место целый ряд факторов, оказывающих влияние на физиологическое состояние организма: пониженное атмосферное давление (гипобария); пониженное парциальное давление кислорода; температура, влажность, высокая интенсивность солнечной радиации и ионизация воздуха, ветер.

Основным фактором, влияющим на функциональные возможности организма в условиях разных высот, является гипоксия, т.е. снижение напряжения кислорода, что вызывает появление гипоксемии – снижения насыщения крови кислородом.

Под влиянием выраженной высотной гипоксии развивается ряд расстройств физиологических функций организма, известных под названием «горной болезни». Основным этиологическим фактором развития горной болезни является снижение парциального давления кислорода в альвеолярной газовой смеси, в результате чего ухудшается переход кислорода в ткани, снижается скорость окислительных процессов, нарушается кислотно-щелочное равновесие. [Влияние высокогорных факторов на организм человека. Муратов Ж.К.]

**Цель данного исследования:** изучение проявлений ССГ в условиях высокогорья разных регионов Кыргызстана.

В дальнейшем – разработка патогенетических схем разных форм ССГ на основе клинико-лабораторных исследований слезы с целью оптимизации лечения данной категории пациентов.

**Материалы и методы:** Было осмотрено 116 пациентов Иссык-Кульского, Нарынского регионов и Памира (Большого и Малого).

Осмотренные жители Иссык-Кульской области проживают на высоте 2200-2400 метров над уровнем моря, жители Нарынской области проживают на высоте 2800-3000 метров над уровнем мо-

ря. А жители малого и большого Памира проживали на высоте 3600 метров над уровнем моря, были переселены в Нарынскую область, в село Куланак.

Таблица 1

Изменения показателей парциального давления и процентного насыщения гемоглобина кислородом, в зависимости от высоты над уровнем моря

Высота над уровнем моря в метрах	Атмосферное давление	Парциальное давление кислорода в мм рт. ст. в воздухе	Парциальное давление кислорода в мм рт. ст. в альвеолярном воздухе легких	Процентное насыщение гемоглобина кислородом
0	760	159	102	96
1500	630	132	85	93
3000	530	111	69	90
4000	430	90	52	80

Из таблицы 1, следует, что чем ниже атмосферное давление, тем ниже парциальное давление кислорода в воздухе, также снижается парциальное давление кислорода в легких и насыщение гемоглобина кислородом. Поэтому происходит сдвиг кислотно-щелочного равновесия, что не может отразиться на качестве слезы и формирование слезной защитной пленки глаза.

Всем пациентам проведено офтальмологическое обследование по стандартной схеме:

- сбор анамнеза,
- визометрия,
- биомикроскопия,
- рефрактометрия,
- тонометрия,
- офтальмоскопия
- а также тесты на определение уровня слезопродукции:
- тест Ширмера,
- определение времени разрыва слезной пленки (ВРСП) – проба Норна
- состояние конъюнктивы оценивалось с помощью окраски флюоресцеином – офтальмологическими диагностическими полосками .

Таблица 2

Распределение пациентов по возрасту

возраст	Число исследуемых	%
19-29	19	17,1
30-39	31	23,4
40-49	13	11,7
50-59	19	17,1
60-69	26	23,4
70-79	5	4,5
80-89	2	1,8

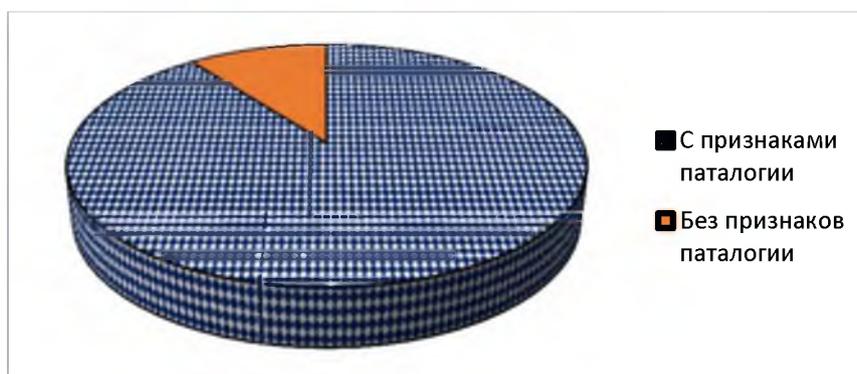


Рисунок 1. Количество исследованных людей с признаками патологии

С признаками патологии 104 человека (89%).

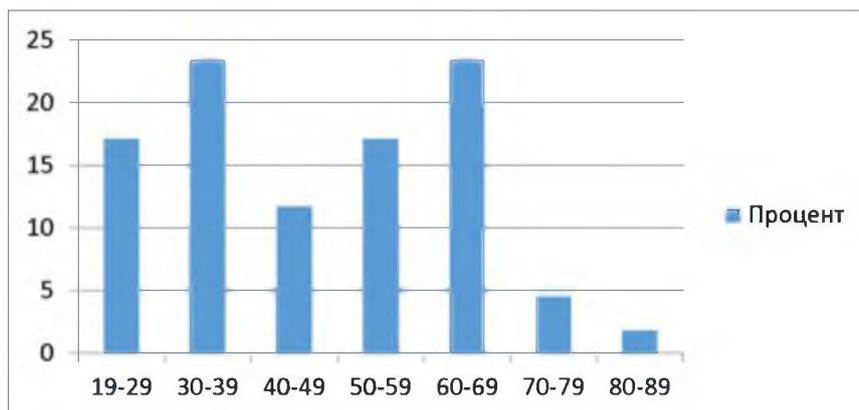


Рисунок 2. Возрастное соотношение людей с признаками патологии в процентах.

Из графика и табл. 2 видно, что наибольшее количество пациентов в возрасте 30-39 лет. Это наиболее трудоспособное население. Развитие ССГ у данной категории больных нежелательно и влечет за собой социальные проблемы, вплоть до нетрудоспособности. Отсюда следует, что ССГ в условиях высокогорья является медико-социальной проблемой.

Количество исследуемых – 116

Мужчин – 47 (41%)

Женщин – 69 (59%)

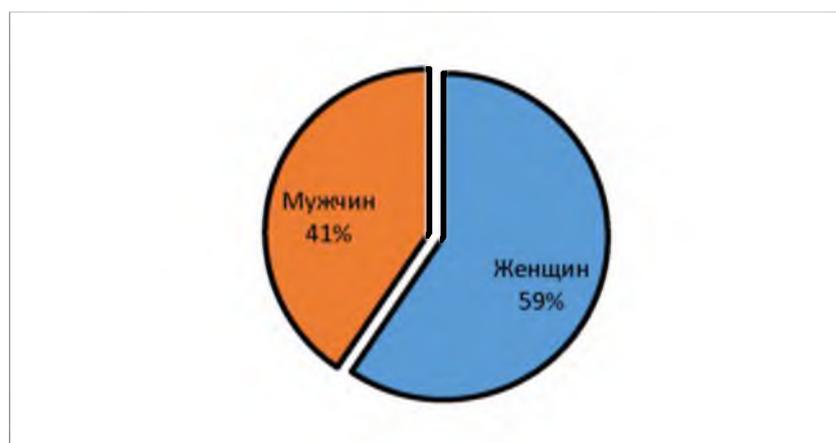


Рисунок 3. Процентное соотношение мужчин и женщин в проведенном исследовании.

Нарын – 28, Иссык-Куль – 72, Памир – 16

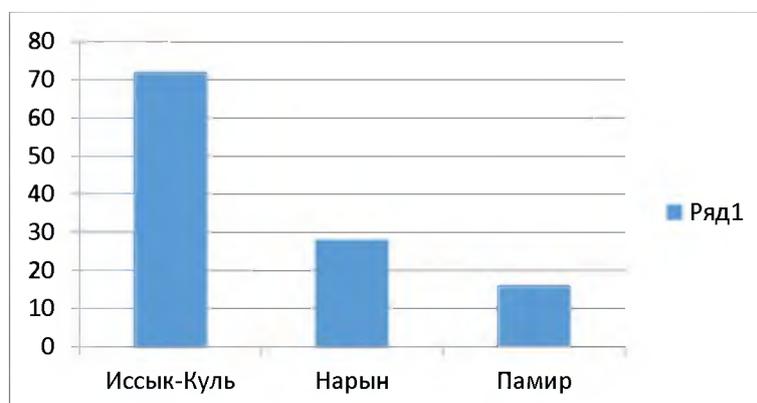


Рисунок 4. Количественное соотношение исследуемых людей относительно региона проживания.

### С признаками патологии

Нарын – 25 (89%), Иссык-Куль – 63 (87,5%), Памир – 16 (100%)

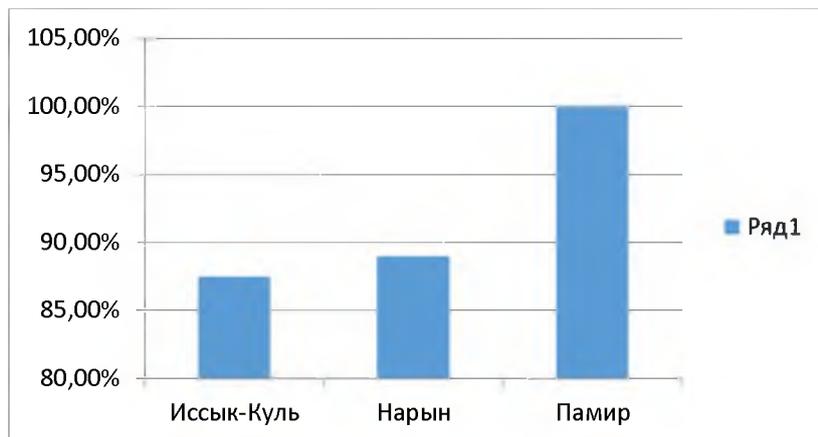


Рисунок 5. Процентное соотношение людей с признаками патологии относительно региона проживания.

Большее количество пациентов женского пола старше 50 лет мы связывали с нарушением гормонального цикла, изменением работы слезных желез, приводящих к нарушению состава слезы, а в последующем к развитию ССГ, также дисфункция мейбомиевых желез климактерического генеза,

Таблица 3

Распределение пациентов по степени ССГ (4 степени)

	легкая	средняя	тяжелая	общее количество	
Повышенная испаряемость слезы	5	15	13	33	31,73%
Угнетенное слезообразование	8	40	23	71	68,26%

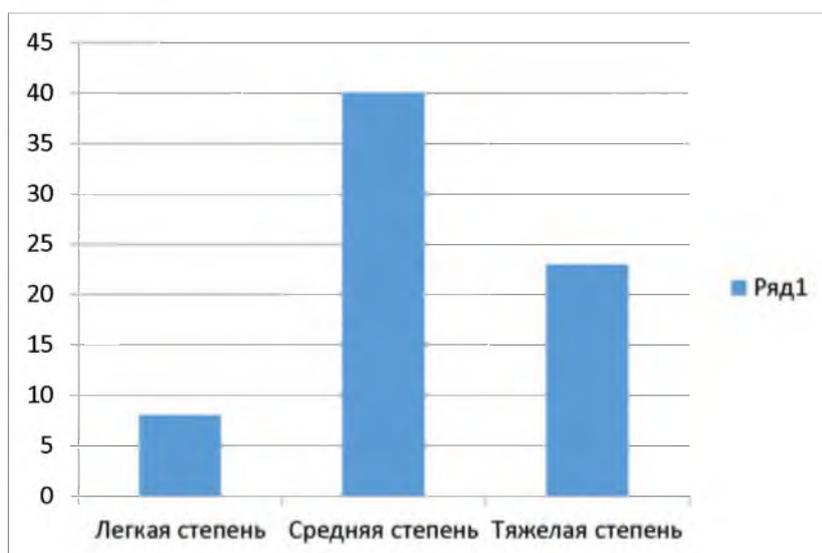


Рисунок 6. Распределение пациентов по степени тяжести угнетенного слезообразования в процентах.

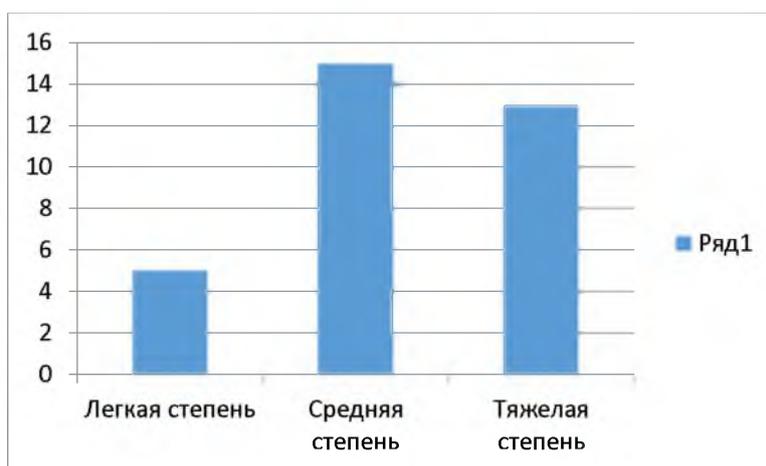


Рисунок 7. Распределение пациентов по степени тяжести повышенного слезообразования в процентах.

Из таблицы 3, видно, что большее количество пациентов наблюдалось с ССГ средней тяжести. Среди памирцев, надо отметить, что у всех пациентов наблюдался ССГ тяжелой степени. По диагностическим тестам большее количество пациентов наблюдалось в связи с повышенной испаряемостью слезной пленки, что еще раз подтверждает значение развития ССГ из-за климатических условий.

#### Клинические симптомы (табл. 4)

У большинства памирцев койлонихии, узелки Гебердена и Бишара, увеличенные лимфатические узлы, желтушность склер, тяжелая степень ССГ.

Таблица 4

#### Клинические проявления синдрома сухого глаза

субъективные	объективные
<p><b>Специфические</b> жжение, усталость глаз к вечеру, болевая реакция даже при умывании водой, закапывании индифферентных капель, плохая переносимость ветра, дыма, ощущение сухости в глазах, инородного тела, ухудшение зрения к вечеру, светобоязнь, слезотечение, колебание зрения в течении дня</p>	<p>слипание век, уменьшение слезного мениска, слизистое отделяемое конъюнктивальной полости, отек нижней бульбарной конъюнктивы, гиперемия конъюнктивы, закупорка мейбомиевых желез, блефариты, гиперпигментация нижнего конъюнктивального свода (загрязнение) у памирских кыргызов.</p>

#### Заключение:

Работа является предварительной. На данном этапе обозначена проблема. Высокогорье является, несомненно, причиной развития ССГ. Мы считаем, что механизмов, ведущих к его развитию, несколько. К изменению осмолярности слезы ведет сдвиг ее кислотно-щелочного равновесия вследствие гипоксии, повышенная испаряемость слезы вследствие климато-географических факторов, многочисленные общие заболевания, ведущие к изменению иммунного статуса организма, местные изменения органа зрения как блефариты, конъюнктивиты, ведущие как к нарушениям продукции слезы, так и формированию качественной слезной пленки. Хроническое воспаление мейбомиевых желез также ведет к дисфункции слезной пленки. Потеря бокаловидных клеток очевидна, т.к. эти клетки продуцируют муцин, входящий в состав слезной пленки. Токсическое воздействие, которое оказывает гиперосмолярная слеза на глазную поверхность, приводит к морфологическим и биохимическим изменениям в роговице и эпителии конъюнктивы.

#### Использованная литература

1. Шаназаров А.С. Оценка эффективности адаптации к длительной профессиональной деятельности в условиях высокогорного биоклиматического дискомфорта и способы ее оптимизации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Бишкек, 1999. – 41 с.
2. Данияров С.Б. Работа сердца в условиях высокогорья. – Ленинград: Медицина, 1979. – 152 с.
3. Миррахимов М.М. Высокогорная кардиология / М.М. Миррахимов, Т.С. Мейманалиев. – Фрунзе: Кыргызстан, 1984
4. Муратов Жанибек Кудайбакович. Влияние высокогорных факторов на организм человека, г. Ош, Кыргызстан, 2016. - 133 с.



5. Бржевский, В.В. *Диагностика и лечение больных с синдромом «сухого глаза»: краткое руководство для врачей* / В.В. Бржевский, Е.Е. Сомов СПб.: Питер, 2005. - 20 с.
6. Chalmers, R.L. *The agreement between self-assessment and clinician assessment of dry eye severity* / R.L. Chalmers, C.G. Begley, T. Edrington // *Cornea*. - 2005. - Vol. 24, N7. - P. 804-808.
7. Забегайло, А. О. к.м.н., *Актуальность проблемы «Синдрома Сухого Глаза»* Москва, 2009. – 115 с.
8. Кудряшева Ю.И., д.м.н., *Синдром сухого глаза*. Москва, 2008. - 245 с.

УДК 617.753:618.2

## ХАРАКТЕРИСТИКА РОДОВСПОМОЖЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕФРАКЦИИ

**Закирова А.К.**, науч. руководитель – доцент, к.м.н. **Сайдахметова Ч.Т.**  
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.  
Кафедра офтальмологии.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Закирова А.К.** – студентка КГМА им. И.К. Ахунбаева лечебного факультета 4-курса

**Актуальность.** Миопическая рефракция является одной из проблем офтальмологии при родовспоможении [ 1 ]. Так как миопия высокой степени с органическими изменениями требует искусственного родоразрешения. Как правило отмечено при миопии слабой и средней степени после родовспоможения отмечается увеличение степени миопии. Известно, что склера у миопов более податлива к растяжению при различных физиологических нагрузках. Вследствие чего анализ родовспоможения женщин с миопией слабой, средней и высокой степени является актуальной проблемой для решения вопроса уменьшения прогрессирования после родов степени миопии [ 2 ]. В то же время осмотрены архивные истории болезни женщин с эметропической рефракцией при этом 50% из них проведено искусственное родовспоможение. Проанализированы сопутствующие заболевания, которые способствовали искусственному родовспоможению при миопии, а также при эметропии.

### **Цель исследования.**

Изучить причины использования искусственного родовспоможения при различной степени миопии и эметропии.

### **Методы и материалы исследования.**

Для этой цели были взяты истории болезни рожениц с миопией различной степени и эметропией. 1 группа рожениц (44) с миопией различной степени и 2 группа с эметропией (51). Проанализированы сопутствующие патологии: анемии, рубец матки, аномалии положения плода, гестозы. При этом выявлено при эметропической рефракции 50% женщин проведено кесарево сечение, а при миопии различной степени (66%).

### **Выводы.**

При эметропической рефракции искусственные роды проведены при гестозах тяжелой степени, а кесарево сечение при миопии различной степени проведены при аномальном предлежании плода, рубце матки и сопутствующей анемией, так как женщины поступали на родовспоможение без амбулаторного лечения анемии.

### **Литература:**

1. Егоров Е.А. «Офтальмология» С.72-76.
2. Аветисов С.Э. «Вестник офтальмологии» 5 □ 2017 Том 133, 1884 г. С. 38-42.

## **ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ**

### **ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКИХ МИКРОИМПЛАНТОВ В КАЧЕСТВЕ ОПОРЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЛУБОКОГО ПРИКУСА**

**Абдылдаев С.Т., Масаева Р.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра детской стоматологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Для того, чтобы понять, насколько удачным решением проблемы глубокого прикуса является применение микроимплантов, требуется провести ещё ряд исследований. Однако уже сейчас очевидно, что в некоторых случаях пациент только выигрывает от того, что у его лечащего врача есть метод микроинвазивного лечения глубокого прикуса.

**Ключевые слова:** брекетсы, микроимпланты, глубокий прикус, лечение.

### **ОРТОДОНТИКАЛЫК МИКРОИМПЛАНТТАРДЫ ТИШТЕРДИН ТЕРЕҢ КАТЫШУУСУН ДАРЫЛООСУНДА ТАЯНЫЧ КАТАРЫ КОЛДОНУУ ПРАКТИКАСЫ**

**Абдылдаев С.Т., Масаева Р.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Балдар тиш дарылоо кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Көрүтүндү.** Микроимплантты тиштердин терең катышуусун дарылоосунда колдонулганы, туура чечим экенин далилдеш үчүн, дагы бир нече изилдөөлөрдү жүргүзүш керек. Бирок бейтап, даарыгердеги тиштердин терең катышуусун микроинвазивдуу дарылоо ыкмасынан айрым учурларда утуп жатышы азыр эле ырасталып турат.

**Негизги сөздөр:** брекеттер, микроимпланттар, тиштердин терең катышуусу, дарылоо.

### **PRACTICAL APPLICATIONS OF ORTHODONTIC MICROIMPLANTS AS A SUPPORT FOR TREATMENT OF A DEEP BITE**

**Abdyldaev S.T., Masaeva R.A.**

The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Department of pediatric dentistry, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** To understand how successful solution of the problem of a deep bite is application of microimplants, it is required to conduct some more researches. However already now it is obvious that in certain cases the patient only benefits from the fact that the doctor treating him has such method of microinvasive treatment of a deep bite.

**Keywords:** brackets, microimplants, deep bite, treatment.

В настоящее время отечественные и зарубежные представители при решении исправления положения зубов и зубных рядов совместно с использованием брекет-систем широко применяют ортодонтические микроимпланты в качестве дополнительного контроля опоры, и в роли основной опоры при перемещении зубов. С точки зрения биомеханики исправления положения зубов возможность использования ортодонтических микроимплантов в качестве основной опоры является их главным достоинством, так как позволяют осуществить трехмерный контроль перемещения зубов с полным исключением передачи даже незначительных нагрузок на зубы, не нуждающихся в исправлении. Микроимпланты – это идеальная или абсолютная опора (абсолютный анкораж). Доказано, что абсолютную опору эффективно использовать для решения различных ортодонтических задач, таких как дистальное перемещение зубов, мезиальное смещение боковых зубов, выравнивание положения моляров, дистализации моляров, коррекции средней линии, интрузии передней и боковой группы зубов, коррекции наклона окклюзионной плоскости [1].

В связи с этим применение микроимплантов в качестве опоры для перемещения зубов становится все более актуальным.

Приведем пример. Пациент Алымбеков Э. 2006 года рождения с мамой обратились к нам за помощью с жалобами эстетического характера «кривые зубы» и «неправильный прикус». На вопрос: «Что бы вы хотели изменить?», ответили «Чтобы зубы были ровными». После первичного осмотра и

сбора медицинского и стоматологического анамнеза были проведены следующие диагностические процедуры: ортопантограмма (ОПТГ), (рис. 1), диагностические модели (рис. 2), диагностические фотографии, определение прикуса.

Изучив данные получили картину глубокого прикуса с дистопией в вестибулярном направлении зуба 1.3 и протрузией с поворотом вокруг оси мезиально зубов 1.1 и 2.1. Для устранения данной патологии прикуса пациенту был предложен план лечения включающий в себя экстирпацию зубов 1.4 и 2.4 с последующим применением брекет-систем для нивелировки зубного ряда и устранения ротации зубов 1.1 и 2.1, и дальнейшего устранения трем созданных после удаления вышеописанных зубов и коррекции соотношения зубных рядов в сагиттальном направлении.

Для дистализации было предложено установление микроимплантов в качестве опоры, так как применение щечных трубок привело бы к мезиальному перемещению жевательных зубов.

С пациентом и его матерью был обсужден план предстоящего лечения, а также возможные осложнения в процессе и после лечения. Было получено согласие родителя на предстоящее лечение.



Рисунок 1. ОПТГ пациента.

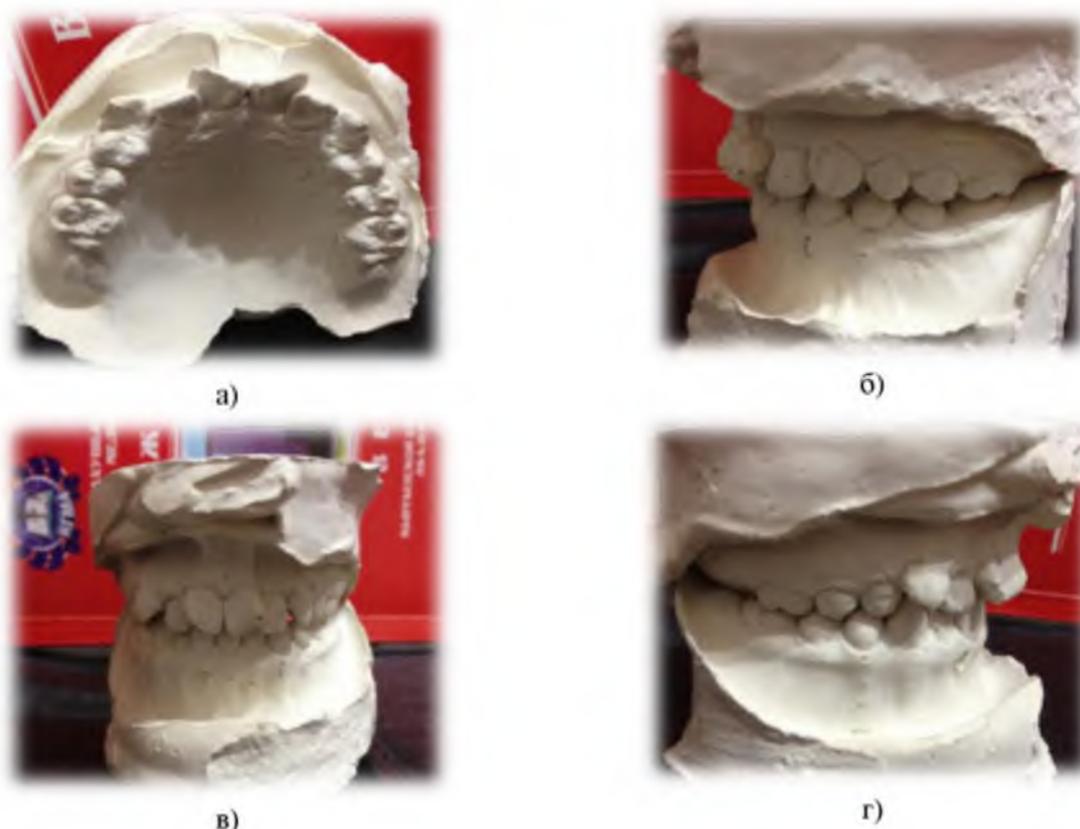


Рисунок 2. Диагностические модели пациента.

а) вид с окклюзионной поверхности б) вид спереди в) вид слева г) вид справа

20 июля 2017 года была проведена операция удаления зубов 1.4 и 2.4.  
31 июля 2017 была установлена брекет-система на верхнюю челюсть.  
9 ноября 2017 Установлены микроимпланты в межкорневое пространство 1.5-1.6 и 2.5-2.6.



а)



б)

Рисунок 3. Установленная брекет-система.  
а) вид спереди б) вид с окклюзионной поверхности



а)



б)

Рисунок 4. Вид до установки микроимпланта. Картина после 5-месяцев ношения брекет-системы.  
а) вид спереди б) вид сбоку



Рисунок 5. Прицельный рентген-снимок 1.5-1.6, 2.5-2.6 зубов.  
Рентгенологическое планирование места установки микроимплантов [3].



Рисунок 6. Прицельный рентген-снимок с установленным микроимплантом.

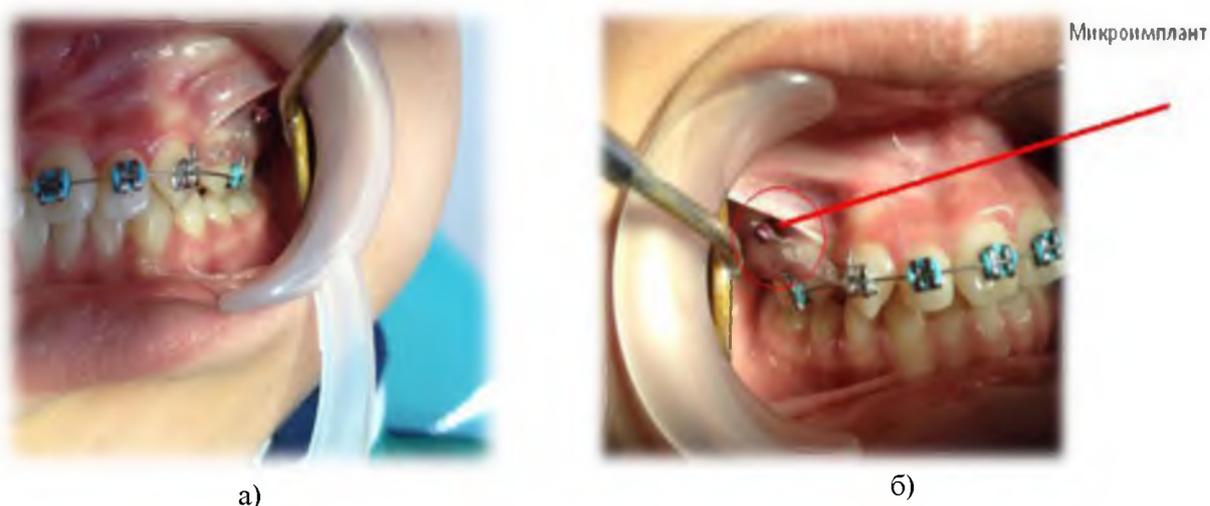


Рисунок 7. Вид установленных микроимплантов в межкорневом пространстве 1.5-1.6 и 2.5-2.6 зубов (0.8x1.5 мм) и процесс дистализации зубов 1.3-2.3 на эластических цепочках.  
а) Вид слева б) Вид справа

Динамика лечения положительная. Лечение продолжается. Состояние пациента может ухудшиться в первый год после лечения, в связи с чем успех его лечения во многом зависит от того, насколько строго пациент будет следовать указаниям врача в том, что касается ношения ретейнера и прочих процедур. Для того, чтобы понять, насколько удачным решением проблемы глубокого прикуса является применение микроимплантов, требуется провести ещё ряд исследований. Однако уже сейчас очевидно, что в некоторых случаях пациент только выигрывает от того, что у лечащего его врача есть такой метод микроинвазивного лечения глубокого прикуса.

#### Список литературы

- 1 Jae-Hyun Sung, Hee-Moon Kyung-Microimplants in Orthodontics.Dentos, 2006. – 173 с.
- 2 [www.dentos.co.kr](http://www.dentos.co.kr)
- 3 Dr. Bjorn Ludwig-Mini-implants in Orthodontics: Innovative Anchorage Concepts. Quintessence Pub Co; 1 edition, 2008. – 188 с.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Чолокова Г.С., Насыров Т.В., Усманджанов Р.Я., Болотбекова Ж.Б.  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра детской стоматологии.  
Бишкек, Кыргызстан.

**Резюме:** В статье рассмотрена встречаемость дистопии зубов среди детей и подростков в сравнении с другими заболеваниями зубочелюстной системы. Из обследованных 946 школьников дистопия выявлена в 12,06%.

**Ключевые слова:** дистопия, прорезывание зубов, аномалии ЗЧА.

## БАЛДАР МЕНЕН ОСПУРУМДОРДУН АРАСЫНДА ДИСТОПИЯ ТИШ ПАЙДА БОЛГОН ЖАШТЫК

Чолокова Г.С., Насыров Т.В., Усманджанов Р.Я., Болотбекова Ж.Б.  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Балдар стоматологиясы кафедрасы  
Бишкек, Кыргызстан

**Корутунду:** Макалада тиш системасынын башка ооруларга салыштырмалуу балдар жана өспүрүмдөр арасында дистопия тиш пайда менен байланыштырган. 946 студент сурамжылоого дистопия 12.06% аныкталган.

**Негизги создор:** дистопия, тиш атылуу, тиш түзүлүшүнүн аномалиялары.

## FREQUENCY OF MEETING OF DISTOTHEDED TEETH AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS.

Kyrgyz State Medical Academy after the name of I. K. Akhunbaev,  
Department of Pediatric Dentistry,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The article considers the occurrence of tooth dystopia among children and adolescents in comparison with other diseases of the dentoalveolar system. Of the 946 schoolchildren surveyed, dystopia was detected at 12.06%.

**Key words:** dystopia, eruption, abnormalities.

Дистопия отдельных зубов встречается в 12-30% наблюдений и составляет 40-60% от числа всех зубочелюстных аномалий [1,4,7]. Частоту встречаемости дистопии зубов у детей и подростков изучали многие авторы: [3,6,10,8,2,5,11]. На сегодняшний день дистопия зубов является достаточно распространенной аномалией развития зубочелюстной системы: на 100 детей, обратившихся за ортодонтической помощью, 15-20 имеют аномалию прикуса, осложненную дистопией одного или более зубов [9,3].

Как правило, дистопия отдельных зубов протекает бессимптомно и диагностируется случайно в результате стоматологического обследования пациента [11].

К дистопии зубов могут приводить эмбриональные, генетические, либо экзогенные факторы. Чаще всего наличие дистопированных зубов обусловлено атипичным формированием зачатков зубов в эмбриональном периоде. Дистопия зубов может быть связана с макродентией, наличием сверхкомплектных зубов в зубном ряду, резкой диспропорцией размеров молочных и постоянных зубов, преждевременным удалением временных зубов, нарушением сроков и последовательности прорезывания некоторых зубов, частичной адентией. Диагностика и лечение пациентов с дистопией зубов является одной из актуальных проблем стоматологии. Это связано, прежде всего с морфологическими функциональными и эстетическими изменениями, возникающими при отсутствии зуба в зубном ряду, ведущими к нарушению социальной адаптации личности. Для получения хорошего результата лечения требуется комплексный подход, включающий хирургические, ортодонтические и терапевтические этапы.

По результатам исследования д.м.н. Чолоковой Г.С. было выявлено, что распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков по Кыргызстану составила 46%, из них аномалии положения зубов 32,4%, аномалии прикуса 3,2%.

Из имеющихся ЗЧА школьников, получают лечение лишь 0,7%, 0,8% нуждаются в ортопедическом лечении. С возрастом ЗЧА увеличивается, наибольшее число наблюдается в возрасте 17 лет – 63,6%.

Несмотря на многочисленные работы по лечению этой патологии, целый ряд вопросов остается недостаточно изученным и слабо освещенным в литературе.

**Цель работы.** Учитывая актуальность проблемы, целью настоящего исследования явилось изучение распространенности дистопии зубов у детей и подростков в школе-гимназии №37 г. Бишкек.

**Материалы и методы исследования.** Нами было осмотрено 946 детей в возрасте от 7 до 18 лет с информированного согласия родителей. Из них мальчиков было 446, девочек – 499, в ортодонтическом лечении нуждалось 446 человек (47,09 %).

Обследованные дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов: 6-9 лет – ранний сменный прикус; 10-12 лет – поздний сменный прикус; 13-15 лет – начало формирования прикуса постоянных зубов; 16-18 лет – постоянный прикус (таблица 1).

Исследование проводилось с применением специально разработанных нами индивидуальных клинико-статистических карт.

Таблица 1

Распределение детей по группам		
Группа	Возраст (л)	Количество детей
I	6-9	318
II	10-12	269
III	13-15	183
IV	16-18	176
Итого:		946

**Результаты собственных исследований.** По данным исследований в первой группе детей от 6-9 лет было осмотрено 318 детей, из которых 151 с ЗЧА, во второй группе 10-12 лет ЗЧА имеют 127 детей из 269, в третьей группе 13-15 лет из 183 выявлено у 83 детей с ЗЧА и в четвертой группе из 176 детей ЗЧА наблюдались у 85 детей (рис. 1).



Рис. 1. Распределение ЗЧА по группам.

Возраст детей с дистопией был различным. Наибольшая распространенность отмечалась в возрасте 10-12 лет (15,24%) и в 13-15 лет – 27 детей (14,75%) (табл. 2). Причинами дистопии зубов по данным анамнеза и клинического обследования являлись: сужение зубных рядов (47%), наличие сверхкомплектных зубов (22%), раннее удаление молочных зубов, без последующего ортодонтического лечения (29%), у 21% причину установить не удалось.

Также дистопированные зубы могут вызвать неправильное положение соседних зубов (протрузию, ретрузию).

Таблица 2

Распространенность дистопии в разных возрастных группах

группа	кол-во детей с дистопией	девочки	мальчики
I	21 (6,6%)	13	8
II	41 (15,24%)	19	22
III	27 (14,75%)	15	12
IV	25 (14,2%)	12	13
Итого:	114 12,06%	59	55

Все выше перечисленные факторы определяют необходимость профилактических и лечебных мероприятий, обеспечивающих создание условий для нормального и своевременного прорезывания комплектных зубов.

Исследования показали, что среди детей и подростков ШГ №37 города Бишкек аномалии зубочелюстной системы довольно частое явление.

**Выводы.** Результаты наших исследований показали высокую частоту распространенности зубочелюстных аномалий (47,09%), из них дистопии (12,06%). Исследование показывает, что проблема дистопии зубов занимает одно из ведущих мест среди зубочелюстных аномалий, что требует своевременного посещения врача. Выявление и лечение данной патологии способствует предотвращению развития осложнений и вторичных деформаций. В настоящее время необходимость в своевременной профилактике и лечении аномалий зубочелюстной системы сильно возросла. Ранняя диагностика зубочелюстных аномалий и их своевременное лечение предупреждают стойкие нарушения прикуса и изменения лица, а также общие расстройства организма.

Таким образом, проведенное исследование указывает на высокую потребность в ортодонтической помощи детям и подросткам.

#### Список литературы:

1. Андерсон Х.А. Аномалии положения отдельных зубов и методы их лечения /Х.А. Андерсон //Вопросы ортодонтии. - Рига, 1961. - С. 169-181.
2. Вакушина Е.А. Распространенность нарушений окклюзии // Новое в теории и практике стоматологии: Сб. научных трудов. Ставрополь, 2007. - С. 244-248.
3. Жигурт Ю.Л. План и прогноз лечения при ретенции зубов: Автореф. дисс. канд. мед. наук / АО «Стоматология». -М -1994. -23 с.
4. Каламкарров Х.А. Возможности, прогноз и планирование ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий /Х.А. Каламкарров //Стоматология. - 1976. - №5. - С. 52-58.
5. Рабухина, Н. А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области / Н.А. Рабухина, Г.И. Голубева, С.А. Перфильев. М.: МЕДпресс-информ, 2007. - 128 с.
6. Степанов Г.В. Биомеханические основы ортодонтии в норме и при заболеваниях пародонта /В.Г. Степанов. - М., 2000. - 328 с.692. 100 лет FDI. Юбилейный Конгресс Международной федерации стоматологов //Стоматология для всех. - 2001. - №1. - С. 60-63.
7. Хорошилкина Ф.Я., Малыгин Ю.М. Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов. - Медицина, 1982. - 264 с.
8. Хорошилкина, Ф.Я. // Ортодонтия. - 2006. - №3. - С. 58-61. - Библиогр. в конце ст.
9. Хорошилкина Ф.Я. Показания к частичному сошлифовыванию эмали зубов при ортодонтическом лечении //Новое в стоматологии. - 1997. - Вып. 1 (51). - С. 147-155.
10. Шук Мазен. Клинико-рентгенологическая диагностика и аппаратурно-хирургическое лечение ретенции клыков // Автореферат дисс. канд. мед. наук. Тверь. - 2004. - 21 с.
11. Darendeliler M, Friedli J. Treatment of an impacted canine with magnets // JCO. 1994. - Vol. 28. - №11. - p. 639-643.
12. Kim K., Ruprecht A. Personal computer-based three-dimensional computer tomographic images of the teth for evalution supernumerary of ectopically impacted teeth// Angle Orthod. 2003. - Vol. 73. - №5. - p. 614-621.

## ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА

Исаков Э.О., Бекбосунова А.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра ортопедической стоматологии

**Резюме.** В статье освещены вопросы вторичных деформаций зубных рядов, возникающих на фоне заболеваний тканей пародонта и необходимость проведения ортодонтического этапа лечения. Описываются применяемые несъемные и съемные ортодонтические аппараты, преимущества съемной ортодонтической техники.

**Ключевые слова:** пародонтиты, веерообразное расхождение зубов, диастемы, тремы, ортодонтические аппараты.

## ПАРОДОНТ ТКАНДАРЫН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДОГУ ОРТОДОНТИЯЛЫК ЫКМА

Исаков Э.О., Бекбосунова А.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Ортопедиялык стоматология кафедрасы

**Корутунду.** Макалада пародонт ооруларынан келип чыккан тиштердин катарларынын бузулуулары жана ортодонтиялык дарылоо этабынын зарылдыгы чагылдырылган. Колдонулуучу чечилме жана чечилбей турган ортодонтиялык аппараттар, чечилме ортодонтиялык техниканын өзгөчөлүктөрү жазылган.

**Негизги создор:** пародонтиттер, тиштердин ар тарапка карап калышы, диастемалар, тремалар, ортодонтиялык аппараттар.

## ORTHODONTIC TREATMENT IN COMPLEX THERAPY OF DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES

Isakov E.O., Bekbosunova A.B.

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of orthopedic stomatology

**Resume.** The article describes the questions about the secondary deformations of dentition, arising on the background of periodontal tissue diseases and the need for an orthodontic stage of treatment. There is described the applied non-removable and removable orthodontic devices, the advantages of removable orthodontic appliances.

**Key words:** periodontitis, fan-shaped divergence of teeth, diastema, orthodontic devices.

### Ортодонтический этап в лечении заболеваний пародонта

При заболеваниях пародонта из-за изменений в связочном аппарате и дистрофических процессов в костной ткани под влиянием функциональных нагрузок как при окклюзионных контактах, так и через пищевой комок (т.е. при опосредованной окклюзии) наступают вторичные деформации зубных рядов. Они являются наглядным примером ведущей роли функции жевания в перестройке зубочелюстной системы при пародонтите. Силы жевательного давления сдвигают зубы в одном или нескольких направлениях. Так, фронтальные зубы смещаются чаще всего в вестибулярном направлении. Смещение зубов кпереди лишает их контакта между собой, обуславливает попадание пищи в межзубные промежутки и расхождение зубов происходит и за счет подвижности зубов. При этом к травме межзубного сосочка присоединяются смещение зубов по отношению к друг другу, разворот их или наклон в сторону дефекта [2,3,4,6,7].

Вторичные деформации развиваются как при интактных зубных рядах, так и при дефектах в них. В последних случаях деформации возникают чаще и клиническая картина пародонтита резко обостряется, появляется ряд дополнительных нарушений в топографо-анатомических взаимоотношениях элементов зубочелюстной системы [1,8,9,10,11].

Например, при потере группы жевательных зубов на одной или обеих челюстях, при перекрестных дефектах происходит уменьшение окклюзионной высоты, нижняя челюсть смещается дистально, увеличивается степень перекрытия во фронтальной группе зубов, изменяются взаимоотношения элементов височно-челюстного сустава. В дальнейшем, при вестибулярном смещении фронтальных зубов, исчезает режуще-бугорковый контакт, еще больше снижается окклюзионная высота,

фронтальные зубы нижней челюсти травмируют слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти. При заболеваниях пародонта, развившимся на фоне аномалий челюстей и зубных рядов, вторичные деформации возникают чаще и протекают значительно тяжелее [5,19,20,21].

Из приведенных выше данных о характере распределения жевательного давления и деформации костной ткани альвеолярного отростка следует, что, направленная под углом к длинной оси зуба, сила вызывает большую степень деформации тканей, как и наклон зуба даже при вертикально действующей силе. Этого достаточно, чтобы обосновать необходимость ортодонтического лечения вторичных деформаций при пародонтитах. Не исправив положение зубов, не восстановив нормальную окклюзионную высоту и правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы, нельзя снять дополнительные факторы перегрузки тканей пародонта. Следует подчеркнуть, что перегрузка сама может служить причиной развития патологических процессов в пародонте, а измененная ось наклона зуба при увеличенной экстраальвеолярной части (за счет атрофии) усиливает деформацию тканей и деструктивные процессы [14,15,16,17,18].

Возникновение вторичных деформаций и нарушений во взаимоотношении зубных рядов должно быть расценено как осложнение основного заболевания – генерализованного или очагового пародонтита, лечение которого требует специфических мероприятий. Осложнение усугубляет течение основного заболевания, и невнимание врача к этому факту снижает эффективность лечения [8,9,10,14].

Лечение вторичных деформаций и восстановление правильных артикуляционных взаимоотношений проводятся ортодонтическими методами с использованием несъемных и съемных аппаратов [10,11,12,15]. Наиболее эффективными ортодонтическими аппаратами следует считать съемные конструкции. При незначительных деформациях допустимо скрепление смещенных зубов ниткой по типу лигатурного связывания. Применение резиновых колец недопустимо.

В последнее время при ортодонтическом этапе лечения заболеваний тканей пародонта часто применяют методы, связанные с применением несъемной ортодонтической аппаратуры. Несмотря на эффективность лечения, удельный вес осложнений, включая изменения тканей пародонта, достаточно высок – от 37,7 до 50% [11,12,13,22]. Ортодонтическое лечение с применением классической лигатурной брекет-системы способствует снижению уровня гигиены полости рта и приводит к увеличению распространенности и степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта [22].

При заболеваниях пародонта наиболее подходящими ортодонтическими аппаратами следует считать съемные конструкции.

Перемещение зубов при дистрофических процессах в пародонте требует применения слабых, дозируемых врачом сил. Следует предположить, что малые силы оказывают стимулирующее действие на костеобразовательный процесс [19,20,21].

Использование возможностей ортодонтической съемной конструкции при комплексном лечении пациентов с воспалительно-дистрофическими заболеваниями тканей пародонта может обеспечить решение многих проблем, связанных с длительностью и эффективностью лечения, ретенцией полученных результатов.

**Целью исследования** является определение возможности и особенности ортодонтического лечения с применением съемной конструкции в комплексе мероприятий при воспалительно-дистрофических заболеваниях пародонта.

#### **Материал и методы исследования**

Материалом послужили пациенты с заболеваниями тканей пародонта, осложненными вторичными деформациями зубов и зубных рядов.

Нами было принято 20 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет без выраженной соматической патологии. Из них 12 женщин и 8 мужчин. Количество больных со смещением зубов в виде диастем, трем – 10; снижением окклюзионной высоты, осложненным и глубоким резцовым перекрытием, и дистальным смещением нижней челюсти – 4; феноменом Попова-Годона – 3; при пародонтитах, развившимся на фоне глубокого прикуса – 3.

Клиническое обследование осуществлялось с использованием субъективных и объективных методов. Субъективные методы включали сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни. Анамнез жизни включает вредные привычки, производственные факторы, особенности питания, а также характер соблюдения гигиенического режима полости рта. В анамнезе болезни выясняли давность деформации зубов и зубных рядов, проводилось ли ранее лечение и каковы были его результаты. Объективные методы включали общий осмотр тканей полости рта, визуальную, инструментальную и индексную оценку тканей пародонта. При общем осмотре проводилось определение соотношения зубных рядов, выявление возможных факторов риска. При визуальном и инструментальном исследова-

нии тканей пародонта оценивались признаки атрофии и гипертрофии десны, вид и объем зубных отложений. Определялись наличие и глубина патологического зубодесневого кармана. Также клинически оценивалась подвижность зубов при помощи индекса Miller (1938).

Всем пациентам был изготовлен комплект рентгенограмм: ортопантограммы, панорамные, прицельные рентгенограммы, с помощью которых определяли степень деструкции костной ткани.

Комплексное лечение включало: терапевтические, ортодонтические, ортопедические методы.

#### **Результаты исследования.**

При клиническом обследовании, до лечения, отмечено у всех пациентов наличие зубного налета, кровоточивости – у 86,1%, рецессия десны наблюдалась у 83,3%, консистенция изменена у 63,9%, подвижность зубов и изменение цвета десны диагностированы у 55,6%.

Подвижность зубов в процессе ортодонтического лечения увеличилась, но, со временем, в период от 3-х до 6-ти месяцев процесс стабилизируется.

Анализ рентген исследований позволяет констатировать, что ортодонтическое лечение не усугубляет деструктивных процессов.

К ортодонтическому лечению приступают после удаления зубных отложений и исчезновения острых воспалительных явлений в пародонте.

При вестибулярном смещении зубов, тремах и диастемах мы с успехом применяли пластинку с вестибулярной дугой (диаметр проволоки 0,6-0,8 мм) и саму деформацию. Применяя этот лечебный аппарат, следует помнить, что после его припасовки, базисная пластинка в области перемещаемых зубов не должны прилегать к ним с оральной стороны на расстояние, равное расстоянию, на которое необходимо переместить зубы. Вестибулярная дуга должна располагаться на 1,5-2 мм от режущего края зубов. Наши наблюдения показали, что при слабом активировании дуги путем сближения краев петель, эффект лечения наступает в первые 2-3 недели. Преимущество данного аппарата заключается и в том, что, после окончания ортодонтического лечения и до момента фиксации постоянного вида шины, он является ретенционным аппаратом (рис. 1).

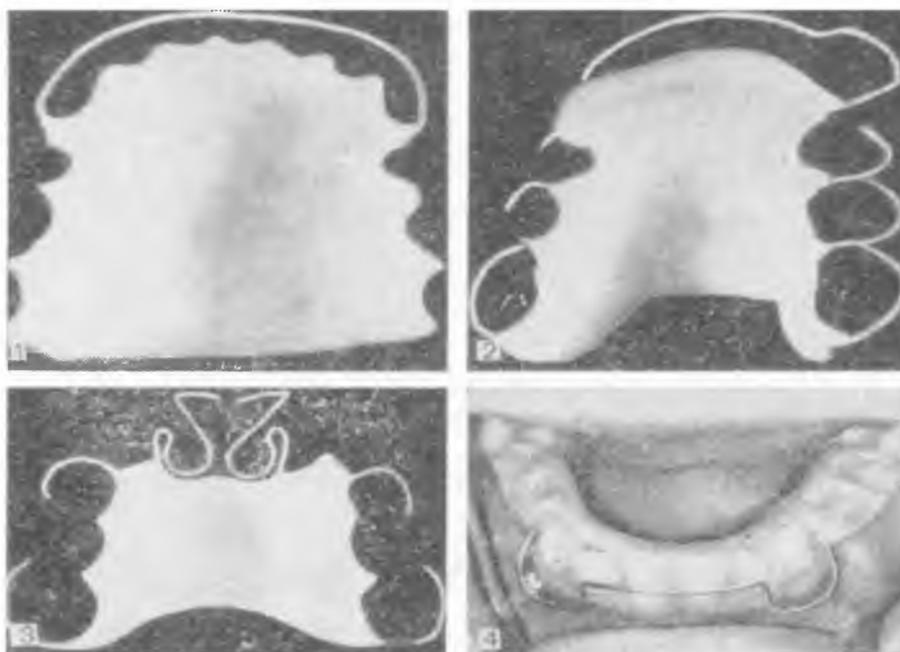


Рис. 1. Пластина с вестибулярной дугой.

Для снятия развившегося глубокого резцового перекрытия, возвращения нижней челюсти в правильное окклюзионное соотношение изготовлен временный каппа-протез на нижний зубной ряд с замещением дефекта (рис. 2).



Рис. 2. Временный каппа-протез.

Каппа фиксирует смещенную нижнюю челюсть в правильном исходном положении (перед изготовлением каппы было определено правильное центральное соотношение, исходя из физиологического покоя). Адаптация наступила через 2 дня. Боль в области фронтальных зубов исчезла на 3-й день. Функция жевания улучшилась.

Через 2 недели начато изготовление мостовидных протезов (после препаровки зубов каппа частично перебазируется в области этих зубов). Протезы изготовлены с учетом смещения нижней челюсти в правильное исходное положение. Резцовое перекрытие – на 1/3 длины коронки нижних резцов, т. е. в том положении, в котором нижняя челюсть фиксировалась каппой. Учитывая, что у больной диагностирована начальная стадия травматического узла, больная взята на диспансерный учет. Через год после лечения в области фронтальных зубов на основании клинических и рентгенологических данных отмечена стабилизация процесса.

При пародонтитах, развившихся на фоне глубокого прикуса, с целью разгрузки фронтальных зубов необходимо повысить окклюзионную высоту. Разница в размере нижнего отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии составляет 3-12 мм. При резком расхождении этих показателей повышение окклюзионной высоты для снятия глубокого резцового перекрытия на постоянных шинирующих аппаратах ведет к увеличению размера коронок жевательных зубов, что при заболеваниях пародонта следует признать нежелательным. При данных видах аномалий ортодонтическое лечение сочетают с укорочением фронтальных зубов верхней и нижней челюсти (рис. 3).

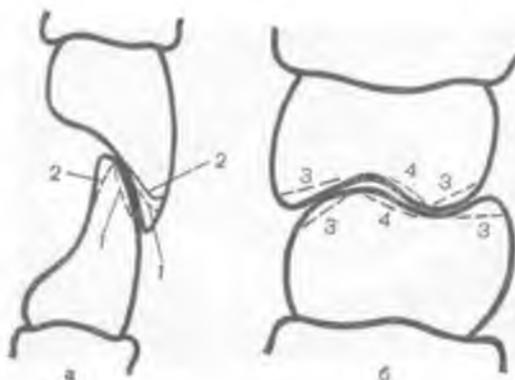


Рис. 3. Схема укорочения фронтальных зубов.

Укорочение фронтальной группы зубов преследует цель снятия блокирующих участков зуба при сагиттальном сдвиге нижней челюсти и уменьшения разобщения группы жевательных зубов при передней окклюзии. Сошлифовывание проводят по режущему краю и по контактирующим поверхностям зубов при смещении челюсти вперед. Стачивание проводят в пределах эмаливого слоя вначале под визуальным контролем при смещении нижней челюсти кпереди, вправо и влево и прекращают его при первых болевых ощущениях. Вначале укорачивают центральные резцы, затем боковые и при необходимости клыки. После укорочения зубов приступают к снятию блокирующих участков. Для этого сложенную вдвое копировальную бумагу укладывают между зубами и, фиксируя пальцами подвижные зубы, просят больного переместить нижнюю челюсть вперед, затем вправо и влево. На зубах в местах наибольшего контакта остаются жирные следы копировальной бумаги. После визуаль-

ной проверки этих участков при движениях челюсти их стачивают. Если копировальной бумага оставляет равномерный след на всех контактирующих поверхностях, а визуальный контроль подтверждает отсутствие блокирующих участков, шлифование прекращают. Все сточенные участки обязательно сглаживают резиновым полиром. Шлифование блокирующих участков в области жевательных зубов проводят при боковых движениях челюсти под визуальным контролем и затем с применением копировальной бумаги (рис. 4).

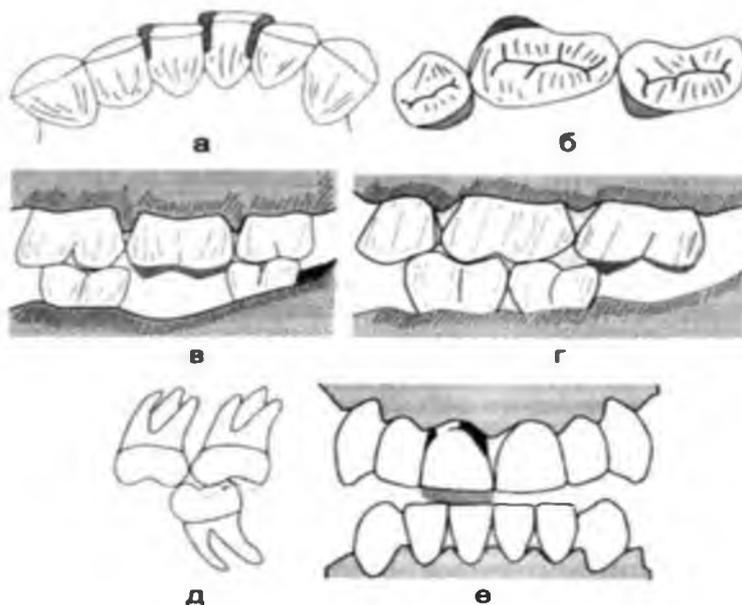


Рис. 4. Сошлифовывание блокирующих участков.

Ортодонтическое лечение проводят до того момента, когда после снятия аппаратов больной легко удерживает нижнюю челюсть в заданном положении. Если это достигнуто, то переходят к изготовлению постоянного шинирующего аппарата, окклюзионные накладки которого в области жевательных зубов удерживают нижнюю челюсть от смещения кзади и фиксируют ее в новом (как принято говорить в ортодонтии) конструктивном прикусе.

При прогеническом соотношении челюстей перестройку миотатического рефлекса проводят, применяя шинирующую капу, которую изготавливают с учетом поднятия прикуса в пределах 2-4 мм.

Ортодонтический этап лечения феномена Попова-Годона при пародонтозу показан только в тех случаях, если применение лечебного аппарата не вызовет резкой перегрузки опорных зубов. В этих случаях дезокклюзию мы проводили при помощи шинирующего бюгельного протеза, у которого после лечения феномена заменяли накусочные площадки на искусственные зубы. Применение постоянного шинирующего протеза в качестве аппарата для дезокклюзии способствует предупреждению перегрузки опорных зубов (рис. 5).



Рис. 5. Дезокклюзия с постоянным ШП.

Ортодонтическое лечение феномена не показано в тех случаях, когда пародонт зубов нижней челюсти не имеет физиологических резервов (атрофия второй – третьей степени).

## Выводы.

1. При проведении ортодонтического этапа заболеваний тканей пародонта требуется уменьшение величины, используемой силы. Величина используемой силы должна уменьшаться пропорционально убыли костной ткани.
2. Обязательно проведение избирательного шлифования после завершения ортодонтического лечения.
3. Нормализация положения зубов и формы зубных рядов дальнейшим шинированием способствует улучшению состояния пародонта при легкой и средней степени заболевания.
4. По данным клинических методов исследования после комплексного лечения заболеваний пародонта, включающего ортодонтический этап, уменьшается кровоточивость, глубина пародонтального кармана, улучшаются гигиенические индексы.

## Литература:

1. Адамчик А.А. Способ шинирования подвижных зубов шиной из диоксида циркония//Современная ортопедическая стоматология. 2010. - №13. – С. 52-54.
2. Арсенина О.И, Кирюшина В.В, Попова Н.В. Особенности профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения с использованием брекет-системы//Ортодонтия. №3. (35). – 2006. – С. 45-48.
3. Арсенина О.И, Григорьян А.С, Фролова О.А, Петрухина О.В. Диагностика и лечение воспалительных процессов в пародонте, возникающих при ортодонтическом лечении.//Институт стоматологии. - 2005. №1(26). - С. 50-54.
4. Белоусов Н.Н. Особенности планирования комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита/ Н.Н. Белоусов//Материалы XVI Международной конференции челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. "Новые технологии в стоматологии". - Санкт-Петербург 17-19 мая 2010. – СПб. – с. 33-34.
5. Бимбас Е.С. Оценка нарушения окклюзии зубов у взрослых пациентов /Е.С. Бимбас. Е.А. Бимбас//Ортодонтия. – 2003. - №2. – С. 2-9.
6. Бимбас Е.С., Мечкова Н.В. Мотивация взрослых пациентов к ортодонтическому лечению//М, Ортодент-инфо. 2001. - №2. – С. 8-9.
7. Бондарева Т.В., Валиева И.И. Необходимость сочетания ортодонтического и терапевтического лечения при зубочелюстных аномалиях и болезнях пародонта// Ортодент-инфо №4. – 2001. – С. 8-13.
8. Возная И.В. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта при дефектах зубного ряда/Автореф. диссертация кандидат медицинских наук. – Екатеринбург. 2006. – 24 С.
9. Грудянов А.И. Планирование лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта. Текст/А.И. Грудянов, И.Ю. Александровская. М.: Медицинское информационное агенство. – 2010. – 56 С.
10. Грудянов А.И. Принципы организации и оказания лечебной помощи лицам с воспалительными заболеваниями пародонта. Текст. дис.доктора медицинских наук: 14: 00: 21/Грудянов А.И. М., 1992. – 299 С.
11. Каламбаров Х.А. Ортопедическое лечение травматической окклюзии при сагиттальных аномалиях прикуса/Х.А.Каламбаров//Стоматология-1994-№4-С45-50.
12. Колесникова Л.Л. Анатомия и биомеханика зубо-челюстной системы./Л.Л. Колесникова, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебедеенко. - М Практическая медицина. 2007. – 165 С.
13. Модина Т.Н, Оспанова Г.Б, Овчинникова О.В. Принципы планирования комплексного лечения взрослых пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом.//Клиническая стоматология. 2001. - №1(17)
14. Оспанова Г.Б. тактика врача-ортодонта при лечении пациентов с аномалиями прикуса, осложненными заболеваниями пародонта.//Стоматология: Материалы |Всезда Стомат. Ассоциац. России. 1998. - Спец. Вып. – С. 82-83.
15. Степанов А.Е. Биомеханические основы ортодонтии в норме и при заболеваниях пародонта./М 2000. -323 с.
16. Антонио Басконес, Сусанна Норона, Мария Гомес, П.Мота, М.А.Гонзалес Молес, Марианна Вильяроль Дорrego. Разрушение тканей пародонта. Кто виноват: бактерии или цитокины?//Perio and Implant Quarterly. №5. - 2006.
17. Bichara S.E. Textbook of Orthodontics//Vol. 11. 2001. - 442-453.
18. Caffesse R.G. et al Citric acid and autologous fibronectin in periodontal therapy//J. Dent. Res 1990. – 69. –P. 276.
19. Nanda R. Biomechanik and esthetic Strategies in clinical orthodontics. 2005. – P. - 348-372.
20. Рикардо Алвеш де Соуза, Мария Беатрис Борхес де Араужо Маньяни, Дарси Флавио Ноуэр. Оценка реакции тканей пародонта и микробиологические изменения при использовании металлических лигатур и эластических колец. - American Journal of orthodontics and Dentofacial orthopedics, Volume 134, Number 4, 2008; 134; 506-512.
21. Халид С. Хасан, Адель С. Алагль, Аяд Али. Оценка состояния тканей пародонта после лечения с использованием традиционных лигатурных и самолигирующих брекетов в ортодонтической практике – клинический, микробиологический и биохимический анализ. Orthodontic wales, 2010.

**ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,  
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ИГРАЮЩИХ НА ДУХОВЫХ ИНСТРУМЕНТАХ (г. Бишкек)**

**Токторалиева Э.Б., Калбаев А.А., Акбураева А.А.**

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

**Резюме:** В статье представлены результаты исследования по выявлению факторов риска возникновения стоматологических заболеваний у детей и подростков, играющих на духовых инструментах (г. Бишкек).

**Ключевые слова:** факторы риска, дети и подростки, духовые инструменты, профилактика.

**ҮЙЛӨӨ АСПАПТАРДА ОЙНОГОН ЖАШ ЖАНА ӨСПҮРҮМ БАЛДАРДЫН  
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРГА ПАЙДА БОЛУУ КОРКУНУЧУ (Бишкек шаары)**

**Токторалиева Э.Б., Калбаев А.А., Акбураева А.А.**

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

**Корутунду:** макала үйлөө аспаптарда ойногон жаш жана өспүрүм балдардын стоматологиялык ооруларга пайда болуу коркунучун аныктоо боюнча изилдөө жыйынтыктары.

**Негизги создор:** балдар жана өспүрүмдөр үчүн коркунуч болуп саналат, үйлөмө аспаптар, алдын алуу.

**RISK FACTORS FOR THE OCCURRENCE OF DENTAL DISEASES,  
IN CHILDREN AND ADOLESCENTS PLAYING ON WIND INSTRUMENTS (Bishkek)**

**Toktoralieva E.B., Kalbaev A.A., Akburayeva A.A.**

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

**Summary:** The article presents the results of a study to identify risk factors for the occurrence of dental diseases in children and adolescents playing on wind instruments (Bishkek).

**Key words:** risk factors, children and adolescents, wind instruments, prevention.

**Введение.** Общеизвестно, что у музыкантов, играющих на духовых инструментах, часто встречаются некариозные поражения твердых тканей зубов, такие как патологическая стираемость, заболевания тканей пародонта. Вышеуказанные заболевания представляют для этих специальностей большую проблему и могут привести к профессиональной непригодности музыкантов. Большинство музыкантов духового оркестра несвоевременно проходят диагностирование и лечение патологических процессов челюстно-лицевой области.

Однако, частота возникновения стоматологических заболеваний среди детей и подростков, в тот или иной период времени может сильно колебаться также в зависимости от социально-экономических условий, состояния окружающей среды и, прежде всего, качественного и количественного состава рациона питания [3].

Исходя из вышеизложенного, проблема своевременного выявления, комплексного лечения и профилактики стоматологических заболеваний на ранних этапах у музыкантов, играющих на духовых инструментах являются актуальной и своевременной.

К факторам риска относятся: особенности строения, физиологии, наследственности отдельных лиц, а также условий жизни, быта, привычек, склонность людей, которые могут способствовать развитию различных заболеваний [4].

Каждый фактор риска имеет определенную вероятность и уровень информативности по отношению к возможности возникновения заболеваний. Для одних признаков она очень велика, в других случаях мала, поэтому ранжирование факторов риска, их объединение для профилактики разных заболеваний очень значимы [2].

Также следует отметить, что из большого перечня факторов риска возможно выделить группу управляемых факторов, т.е. таких факторов, действие которых можно устранить, ослабить или повысить устойчивость организма ребенка к их действию.

Целью данного исследования является выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, у музыкантов детей и подростков, играющих на духовых инструментах на примере г. Бишкек.

#### Материалы и методы исследования:

Материалами исследования служили данные анкетирования, при этом в обследовании участвовали 120 человек, из них 81 мальчиков и 39 девочек, у учащихся музыкальных школ ЦДМШ им. П. Шубина (Центральная Детская Музыкальная Школа им. П. Шубина) и РССМШИ им. М. Абдраева (Республиканская средняя специальная музыкальная школа-интернат имени М. Абдраева) г. Бишкек, где непосредственно использовали руководство ВОЗ «Стоматологическое обследование - основные методы» [1].

В анкетирование для детей/ подростков включены нижеследующие вопросы:

Вопрос 1 – общая информация (ID номер, пол, место обследования)

Вопрос 2 – возраст

Вопрос 3 – самооценка состояния зубов и десен

Вопрос 4 – опыт боли/ дискомфорта, связанный с зубами

Вопрос 5 – визиты в стоматологическую клинику

Вопрос 6 – причины визита в стоматологическую клинику

Вопрос 7 – частота чистки зубов

Вопрос 8 – использования дополнительных средств при выполнении гигиенического ухода за полостью рта

Вопрос 9 – использование фторосодержащей зубной пасты

Вопросы 4 и 10 – опыт снижения качества жизни из-за проблем в полости рта

Вопрос 11 – потребления сладких продуктов и напитков

Вопрос 12 – использование табака: тип и частота

Вопросы 13 и 14 – уровень образования родителей

Исследование с помощью анкетирования рисков для стоматологического здоровья было выполнено отдельно. В зависимости от возраста респондентов опросники были заполнены самостоятельно, так как дети 12 лет и подростки способны сами отвечать на вопросы. Следует отметить, при получении данных о более, младших детей были вовлечены педагоги.

По результатам выполненных работ, статистическую обработку вычисляли с помощью программы Microsoft Excel. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью анализа с вычислением коэффициента корреляции  $r$ . Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

#### Результаты и их обсуждения:

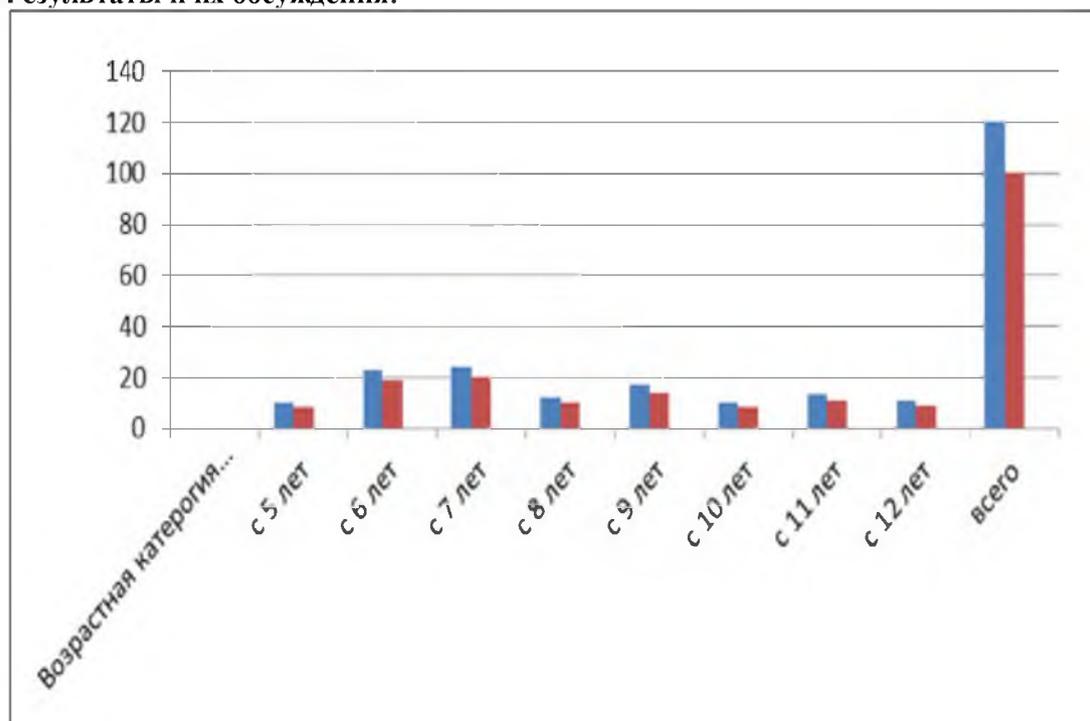


Рис. 1. Распределение обследованных учащихся по возрасту.

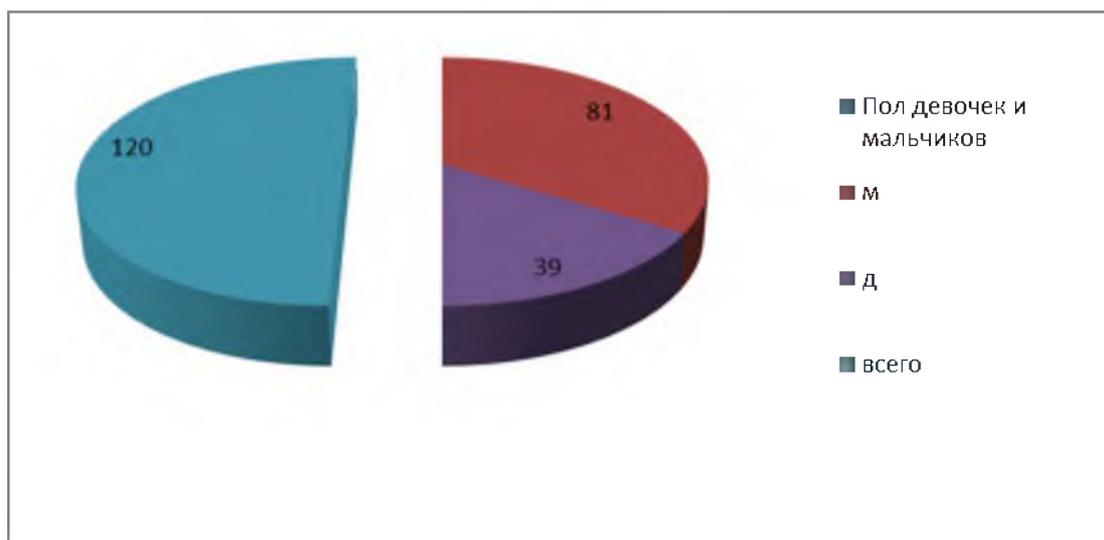


Рис. 2. Распределения обследованных учащихся по половому признаку.

Распределение обследованных учащихся по возрасту и половому признаку, где большинство из них 6-7 летние дети, (мальчики 5-8 летние, а девочки 6-7 летние), т.е. разница незначительная (рис. 1 и 2).

По результатам анкетирования (*Как бы Вы оценили состояние ваших зубов и десен?*) оценивали состояние зубов учащихся, где больше всего 63,3% – хорошее, удовлетворительное – 13,3%, отличное-10%, очень хорошее – 8,3% и плохое всего – 5%. В целом состояние зубов хорошее.

При обработке данных следующего вопросника установлено: «*За последние 12 месяцев испытывали зубную боль или дискомфорт, связанный с зубами*», что большинство опрошенных учащиеся ответили иногда – 30%, редко – 25%, часто – 20,8%, никогда – 17,5% и лишь 6,7% ответили – не знаю.

В следующих вопросниках «*Как часто Вы посещали врача-стоматолога за последние 12 месяцев?*» «*Какова причина Вашего последнего визита к стоматологу?*» выявлено, что многие опрошенные учащиеся (90%) строго соблюдали гигиену полости рта, а также регулярно посещали врача-стоматолога 1-3 раза за 12 месяцев, это объясняется тем, что за гигиеной детей строго следят педагоги.

На вопросник «*Как часто Вы чистите зубы?*» получен ответ: большинство учащихся 1-2 раза в день чистят зубы и пользуются зубной щеткой, так как в Кыргызстане популярны обычные зубные щетки, зубочистки меньше используются не только среди населения, но и учащихся-12,5%.

«*Используете ли вы следующие средства для чистки зубов?*» на этот вопросник получен нижеприведенный ответ: почти все учащиеся (99,2%) используют зубную пасту не содержащую фторид, так как многие родители в первую очередь обращают на стоимость, качество зубной пасты их мало интересует, например, биоактивная зубная паста БИОКАЛЬЦИЙ, которая способствует восстановлению эмали и безопасное отбеливание, но цены их очень дорогие и не всем по карману.

Как показал анализ вопросника «*Испытывали ли вы следующие проблемы с зубами или с полостью рта за последние годы?*», большинство учащихся затруднялись при заполнении и на многие вопросы ответили в графе «нет или не знаю» (55-67,5%), причиной такого высокого процента нам кажется, что некоторые имеют дискомфорт и не удовлетворены внешним видом своих зубов, с ними необходимо проводить разъяснительные, профилактические работы в раннем возрасте.

Для удобства анализа данных вопросника («*Как часто Вы употребляете следующие продукты питания и напитки, даже в малых количествах?*») употребление продукты питания и напитки в целом, мы объединили на три «повторяемости вариантов», которые зависят от употребления продуктов и составляют по отношению друг к другу большой процент встречаемости: А) *Несколько раз в день*; Б) *Каждый день*; В) *Редко/никогда*.

К категории учащиеся (А и Б) процент употребления свежих фруктов, конфет, кофе с молоком и др. составляют от 26 до 52%, а в другой, т.е. В) *редко/никогда* от 4,2 до 21,6%. Это видимо зависит от социального положения родителей.

Употребление пирожные, торты: А) *Употребляю несколько раз в день*; Б) *Каждый день*-19,2%; В) *Редко/никогда*-6,6%

При употреблении лимонад, кока-колу или другие сладкие напитки, здесь также наблюдается обратная картина, где А и Б-эти напитки считаются кариесогенными, но несмотря на это их употребляют (А-2,5% и Б-5,8%). Повторяемость вариантов здесь объясняется, что не все дети могут себе позволить сладости из-за материальных соображений (*редко/никогда-4,2%*). Конечно, здесь необходимо очень внимательно относиться всем учащимся, чтобы не задеть достоинства их родителей.

Вопросник 12. *Как часто Вы употребляете следующие виды табака?*

В этом вопроснике нет положительных ответов, возможно некоторые скрывают, что курят.

Вопросники 13 и 14. *Какое образование имеют ваши родители?*

Здесь преобладает интеллект родителей и в первую очередь, имеющие высшее образование и работающие преподавателями – матерей (15-42,5%), отцы – имеющие среднее образование (19%), но однако и настораживает ответ учащихся «не знаю» – 10%, такой большой процент ответа «не знаю» должно вызвать определенное беспокойство и родителей, и учителей.

#### **Вывод:**

В результате анализа анкетирования мы выявили о самооценке стоматологического статуса, привычках, связанных со стоматологическим здоровьем, поведенческих рисках, качестве жизни и социальном статусе. В дальнейшем влияние факторов риска на стоматологическое здоровье можно оценить при объединении клинических и социально-поведенческих данных.

#### **Литература**

1. «Стоматологическое обследование - основные методы» пятое издание, г. Москва ГБОУ ВПО МГМСУ им. А. И. Евдокимова 2013.
2. Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии (Ервандян А. Г.)». - М., 2004).
3. Биологические и социальные факторы риска возникновения раннего детского кариеса (С. Кнайст, Е. Маслак, Р. Царе, 2011).
4. Harris R. Nicoll AD., Adair P.M. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. 2004; 21:71-85.

### **ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ШКОЛЬНИКОВ ОТ 7 ДО 18 ЛЕТ г. БИШКЕК**

**Чолокова Г.С., Тыналиева Д.М., Масаева Р.А., Абыкеева Р.С.,  
Камчыбекова А.Ш., Абдылдаев С.Т.**

Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек  
(Зав. – д.м.н., доц. Чолокова Г.С.)

**Резюме.** Проведено определение показателей стоматологического статуса у школьников г. Бишкек. Дети были распределены по возрасту от 7 до 18 лет. Распространенность кариеса составила  $95,5\% \pm 0,98$ , интенсивность кариеса постоянных зубов увеличивается с возрастом от  $1,81 \pm 0,17$  в 7 лет до  $6,64 \pm 1,08$  в 18 лет.

**Ключевые слова:** кариес, распространенность, интенсивность, прирост интенсивности, школьники.

### **БИШКЕК ШААРЫНЫН 7-18 ЖАШКА ЧЕЙИН МЕКТЕП ОКУЧУЛАРЫНЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫНЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ**

**Чолокова Г.С., Тыналиева Д.М., Масаева Р.А., Абыкеева Р.С.,  
Камчыбекова А.Ш., Абдылдаев С.Т.**

И.К. Ахунбаев атындагы КГМА балдар стоматология кафедрасы  
(Зав. – д.м.н., доц. Чолокова Г.С.)

**Корутунду.** Бишкек шаарынын мектеп окуучулар арасында стоматологиялык абалынын көрсөткүчтөрү изилденген. Окуучулар жашы боюнча топтолгон, 7ден 18 жашка чейин. Кариестин таралышы  $95,5\% \pm 0,98$  түздү, туруктуу тиштердин кариес интенсивдүүлүгү бойго жеткен сайын көбөйүүдө  $1,81 \pm 0,17$ ден 7 жашында  $6,64 \pm 0,8$  чейин 18 жашында.

**Негизги создор:** кариес, таралуусу, интенсивдүүлүгү, интенсивдүүлүктүн өсүшү, мектеп окуучулары.

**INDICATORS OF DENTAL STATUS AMONG SCHOOLCHILDREN  
FROM 7 TO 18 YEARS OLD IN BISHKEK**

**Cholokova G. S., Tynaliev D. M., Masaeva R. A., Abykeeva R. S.,  
Kamchybekova A. Sh., Abdyldaev S. T.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Department of Pediatric Dentistry

(Head of the Department, Associate Professor **G.S. Cholokova**)

**Abstract.** The determination of indicators of dental status among schoolchildren was conducted in Bishkek. Children were distributed by age from 7 to 18 years old. The prevalence of dental caries was  $95,5\pm 0,98$ , the intensity of dental caries of permanent teeth increases with age from  $1,81\pm 0,17$  at 7 years old to  $6,64\pm 0,8$  at 18 years old.

**Keywords:** Dental caries, Prevalence, Intensity, Gain of intensity, schoolchildren.

Проблема кариеса зубов является одной из наиболее обсуждаемых как среди стоматологов всего мира в целом, так и в Кыргызской Республике. К сожалению, в Кыргызстане заболеваемость кариесом стабильно сохраняется на высоком уровне [1]. В первую очередь это связано с недостатком мер в области профилактики стоматологических заболеваний. В статье рассматривается проблема распространенности и интенсивности кариеса зубов детей г. Бишкек.

Методология проведения работы состоит в статистическом анализе распространенности и интенсивности кариеса зубов у школьников, проживающих в г. Бишкек. В ходе общепринятых клинических методов обследования пациентов мы получили данные, которые были объединены, систематизированы и для наглядности были приведены в виде графиков и диаграмм.

**Цель исследования:** определение стоматологического статуса у учеников г. Бишкек, в возрасте от 7 до 18 лет.

**Материал и методы.** Мы провели обследование 946 учеников в возрасте 7-18 лет г. Бишкек. Школьники были распределены на 3 группы: 1 группа – дети в возрасте 7-10 лет, 2 – в возрасте 11-14 лет, 3 – в возрасте 15-18 лет. Для осмотра полости рта использовали обычный набор инструментов: стоматологическое зеркало, зонд и пинцет. Оценку статуса проводили по индексам ВОЗ [2].

Результат фиксировали в «Карте для регистрации данных стоматологического обследования» разработанной ВОЗ. В карту вносили стандартную информацию: пол, возраст, место проживания, время проживания, национальность. А также данные клинической части исследования: внешний осмотр, состояние слизистой оболочки рта, пародонта, некариозные поражения, состояние зубов, челюстно-лицевые аномалии, необходимость в лечении. Распространенность и интенсивность кариеса зубов определяли по индексам КПУ (постоянные), кп (временные), КПУ+кп (постоянные+временные). Анализировали структуры индекса кп по компонентам «к», «п» и индекса КПУ – по «К», «П», «У». Активность кариозного процесса определяли по Чолоковой Г.С. [1].

Гигиену полости рта определяли с помощью индекса Грина-Вермиллиона ОНI-S, признаки заболевания пародонта с – помощью индекса СРI [2]. Регистрировали зубочелюстные аномалии: скученность зубов, наличие промежутков, нарушение прикуса.

Анализ данных исследования проводили на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel/XP. Исходная информация карт эпидемиологического исследования для анализа результатов была внесена в простые таблицы в формате Excel/XP. Последующий анализ осуществлялся с помощью статистических и математических программ.

**Результаты и обсуждение.** Обследование учеников 7-18 лет показало следующую распространенность и интенсивность кариеса. Интенсивность кариеса зубов всех обследуемых составила в среднем  $6,7\pm 0,12$ , т.е. у каждого ученика по 6-7 зубов поражено кариесом, распространенность кариеса –  $95,5\pm 0,98$  % и оценивается как высокая

Таблица 1

Интенсивность кариеса зубов у учеников в возрасте от 7 до 18 лет

№	К M±m	П M±m	У M±m	КПУ M±m	к M±m	п M±m	кп M±m	КПУ+кп M±m
946	3,4±0,41	1,6±0,32	0,4±0,15	5,2±0,72	2,1±0,52	0,6±0,11	3,0±0,63	6,7±0,43

Показатель индекса интенсивности временных зубов (кп) намного меньше, чем таковой (КПУ) постоянных зубов (табл. 1). Изучение структуры индекса интенсивности также показало, что «к» ( $2,1 \pm 0,52$ ) и «п» ( $0,6 \pm 0,11$ ) меньше, чем «К» ( $3,4 \pm 0,41$ ) и «П» ( $1,6 \pm 0,32$ ). Это можно объяснить тем, что до 12-13 лет идет родительский контроль и происходит физиологическая смена временных зубов на постоянные.

Из 946 детей в первой группе было 388, во второй – 365, в третьей – 193 школьника. I степень активности кариеса или компенсированная форма была выявлена у 354 (37,4%) детей, II степень активности кариеса (субкомпенсированная форма) – у 491 (51,9%) и III степень активности кариеса (декомпенсированная форма) – у 101 (10,7%) детей (табл.2).

Таблица 2

Распределение детей по степени активности кариеса

Возраст (лет)	Группа	I степень активности кариеса (кол-во детей)	II степень активности кариеса (кол-во детей)	III степень активности кариеса (кол-во детей)	Всего
7-10	1	129	220	39	388
11-14	2	164	163	38	365
15-18	3	61	108	24	193
		354 (37,4%)	491 (51,9%)	101 (10,7%)	946

Важную роль в профилактике кариеса и болезней пародонта играет гигиена полости рта. Определение индекса гигиены у учеников показало, что в среднем он составляет  $1,15 \pm 0,02$ , т.е. уровень гигиены удовлетворительный. Цифровые показатели индекса гигиены в зависимости от возраста имеют значения от  $0,59 \pm 0,12$  до  $1,22 \pm 0,05$ .

При изучении состояния пародонта у детей выявлено, что у них в основном определялись секстанты с мягким белым налетом  $3,88 \pm 0,07$  и кровоточивостью  $6,0 \pm 0,18$ . В среднем состояние пародонта по индексу КПИ равнялось  $0,98 \pm 0,02$ .

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что показатель индекса интенсивности временных зубов (кп) намного меньше, чем таковой (КПУ) постоянных зубов, распространенность кариеса высокая  $95,5\% \pm 0,98$ , компенсированная форма кариеса выявлена у 37,4%, самая многочисленная субкомпенсированная форма – у 51,9% и декомпенсированная форма у 10,7%, неудовлетворительно проводится санация полости рта у школьников, приводящая к осложненному кариесу.

#### Литература

1. Чолокова Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике. Бишкек. – 2014. - 151 с.
2. Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. «Медицинская книга», М. – 2008. - 445 с.

### ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ В УКРЕПЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

Чолокова Г.С., Камчыбекова А.Ш.

Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье отражены все ранее изученные материалы на тему гигиенического воспитания детей в организованных коллективах, по материалам отечественных и зарубежных источников.

**Ключевые слова:** гигиеническое воспитание, уроки здоровья, обучение гигиене полости рта.

### БАЛДАРДЫН ТИШ ДЕИ СООЛУГУН БЕКЕМДОО УЧУН БАЛДАРДЫН ГИГИЕНАЛЫК БИЛИМ БЕРҮҮ

Чолокова Г.С., Камчыбекова А.Ш.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Кортунду.** Макалада ал ички жана тышкы булактардын негизинде, уюшкан топтордун балдардын гигиеналык билим берүү боюнча буга чейин окуган материалдарды чагылдырат.

**Негизги:** гигиеналык билим берүү, саламаттык сактоо сабактар оозеки гигиенасын үйрөнүү.



## HYGIENIC EDUCATION OF CHILDREN IN STRENGTHENING THE DENTAL HEALTH OF CHILDREN

Cholokova G.S., Kamchybekova A.Sh.

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

**Resume.** The article reflects all the previously studied materials on the topic of hygienic education of children in organized collectives, based on materials of domestic and foreign sources.

**Keywords:** hygienic education, health lessons, oral hygiene education.

Гигиеническое воспитание – это система привития полезных навыков и на основе знания правил здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения. [1]

В стоматологии гигиеническое воспитание играет очень важную роль, так как этиология и патогенез кариеса зубов в значительной мере обусловлены отрицательными привычками человека, связанными с неправильным потреблением сахара, нарушением самоочищения полости рта, недостаточным уровнем гигиены. Гигиеническое воспитание включает два направления – санитарно-просветительскую работу и обучение, и контроль за гигиеной полости рта.

Санитарно-просветительская работа складывается из двух направлений – пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья и агитации населения в необходимости соблюдения правил и методов здорового образа жизни и профилактики болезней [2].

Максимально эффективной является работа гигиениста стоматологического в организованных детских коллективах, так как проводимые им групповые методы профилактики стоматологических заболеваний наиболее широко охватывают население несмотря на то, что вопросы санитарно-просветительской работы постоянно находятся в поле зрения стоматологов, знания и навыки населения в вопросах физиологии, патологии, профилактики все еще находятся на низком уровне [3,4,5,6,7]. Это обуславливает нарушение элементарных гигиенических норм и правил ухода за полостью рта и, как следствие, повышение поражаемости кариесом и заболеваемости тканей пародонта [8]. Так, анкетированием было доказано, что значение гигиены полости рта недооценивается не только детьми, но и родителями и педагогами [9,10,11,12]. Вместе с тем, дети стоматологов чаще чистят зубы, реже употребляют сладости, в этих семьях чаще говорят о здоровом образе жизни и значении ухода за зубами [13].

Это, в свою очередь, отражается на более низком уровне поражения их зубов кариесом. В настоящее время положение со стоматологической профилактикой находится в неудовлетворительном состоянии в основном из-за нерешенности организационных проблем [14,15].

Имеющиеся сведения уже на современном этапе позволяют утверждать, что эффективность профилактики кариеса зубов существенно повышается в результате проведения рациональных методов санпросветработы. Так, проведение пяти уроков гигиены в сочетании со специальными методами профилактики позволили авторскому коллективу, возглавляемому профессором Ю.А. Федоровым (1984), снизить у школьников прирост кариеса на 40-50%, однако у учащихся техникума с другим уровнем усвоения – редуция почти в два раза ниже. Реализация с 1962 года гигиенической программы в итальянских школах и дошкольных учреждениях, еженедельное выступление представителя Комитета по государственному радиовещанию и телевидению, подготовка и деятельность 21400 гигиенистов – дали ощутимые профилактические результаты [16]. Причем, участие в воспитательной программе родителей и педагогов дает наилучшие результаты. Доказано, что уже после 2,5 лет планомерной работы у дошкольников вырабатываются тесные связи между знаниями, уровнем гигиены полости рта, привычками в рациональном питании и снижении стоматологической заболеваемости [17]. Сочетание устной информации при проведении санитарно-просветительской работы с видеозаписью, фильмами, слайдами, магнитной записью улучшает клинико-гигиенические результаты [18].

Организации профилактики стоматологических заболеваний среди детского населения посвящены многочисленные работы. Обязательным компонентом любой профилактической программы, ее базисом, является гигиеническое обучение и воспитание населения [19]. Следует отметить тот факт, что большинство отечественных исследователей разрабатывало вопросы и программы по санитарному просвещению и гигиеническому воспитанию среди школьников. Однако вся практика профилактической работы подтверждает тезис - воспитывать в том возрасте, когда воспитание дает наибольший эффект, то есть, как можно раньше. Вопросы гигиенического воспитания детей дошкольного возраста освещены в трудах Г.Л. Кадниковой (1981), В.Г. Сунцова (1984), Н.А. Букреевой

(1989), Е.А. Бриль (1995), В.Г. Васильева, Г.В. Саблиной, В.Ю. Лебединского, В.Г. Изатулина (1990), Е.Ш. Мухаметовой (1992). Большой интерес представляют исследования уровня гигиенической культуры взрослых и детей [20,21,22,23,24,25].

На основе исследования «Мотивация подростков к повышению уровня здоровья полости рта», результат мотивации к гигиене полости рта зависел от участия в образовательных программах. Среди старшеклассников, не участвовавших в подобных программах, только 25,8% осознавали недостаточность своих санитарно-гигиенических знаний, необходимость их расширения и обновления. Участие в образовательной стоматологической программе с 1 по 3 классы повышало уровень мотивации к профилактике в 2,4 раза (63,2%), участие в программах с 1 по 9 классы – в 3,8 раза (97,2%) [26].

Среди программ профилактики основных заболеваний полости рта образовательные программы становятся основными для повышения мотивации детского и взрослого населения к сохранению и укреплению стоматологического здоровья на протяжении всей жизни [27].

Наиболее удобным для проведения образовательных стоматологических программ является школьный возраст. Установлен, несмотря на позитивные изменения в течение десятилетнего периода наблюдений, низкий уровень санитарно-гигиенических знаний и навыков в области профилактической стоматологии у родителей школьников. В семье родители не могут передать детям модель здорового сберегающего поведения [28].

В ходе исследования Мусиной Н.Н., также было установлено, что в результате проведения образовательных программ у стоматологических пациентов повысились поведенческие привычки ведения здорового образа жизни и приверженности к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций по профилактике и лечению заболеваний. Комплексное лечение с применением образовательной программы в условиях стоматологической клиники у пациентов улучшило состояние полости рта. Улучшились гигиенические индексы полости рта ИГР-У, пародонтальные индексы РІ и РМА, а также положительно изменились гигиенические мероприятия по уходу за полостью рта [29]. В странах, где осуществляются программы профилактики, стоматологическая заболеваемость снизилась в 2-4 раза, и дети в возрасте 12 лет имеют индекс КПУ, не превышающий 1,0-2,0.

Так же о немаловажном значении гигиенического воспитания, упоминается в диссертации Коростылевой Е.А. «Медико-социальные аспекты совершенствования амбулаторной стоматологической помощи студенческой молодежи»: Наиболее значимыми факторами риска развития стоматологических заболеваний являются: низкий уровень гигиенических знаний (показатель относительного риска (ОР) равен 6,36), наличие стоматологических заболеваний у родителей (ОР=2,16), избыточное потребление рафинированных углеводов (ОР=1,87), курение (ОР=1,7) [30].

Немаловажную роль также играет неграмотность населения в отношении стоматологического здоровья. Исходя из результатов исследования нашего соотечественника Баширова М.Б. услугами стоматологических учреждений население пользуется редко. Мотивами обращения к стоматологу в 72,4% является зубная боль, для 39,5% пациентов она носит неотложный характер, поэтому минимальный бюджет гарантированного бесплатного обслуживания должен составлять не менее 40% от общих затрат на лечение [31]. То есть можно сделать вывод, что внедрение занятий по стоматологическому здоровью населения может помочь в грамотности по уходу за полостью рта и приведет к своевременному обращению за первичной стоматологической помощью.

### **Заключение.**

На основе изученных работ, можно сделать вывод, что гигиеническое воспитание населения играет огромную роль в формировании стоматологического статуса у человека и наиболее эффективно внедрение стоматологических образовательных программ в дошкольные и школьные учреждения. К сожалению, литературы касающейся внедрения образовательных программ в сельские местности не удалось найти, поэтому мы считаем, что вопрос остается открытым и необходимым для дальнейшего исследования.

### **Литература.**

1. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта первый шаг в профилактике стоматологических заболеваний // «Труды VII Всероссийского съезда стоматологов». - М., 2001. - С. 353-355.
2. Сунцов В.Г., Дистель В.А., Леонтьев В.К. и др. Гигиеническое воспитание населения в системе первичной стоматологической профилактики у детей. Омск, 1992. 124 с.
3. Федоров Ю.А. Гигиенические средства для ухода за полостью рта. Л.: Медицина, 1984. 96 с.
4. Федоров Ю.А. Профилактика заболеваний зубов и полости рта. Л.: Медицина, 1979. 144 с.

5. Федоров Ю.А., Букреева Н.М., Медведевская Н.М., Григорьев В.А. Организация и проведение стоматологической профилактики в условиях крупного города // *Компл. лечение и профилактика стом. заболеваний*. Киев, 1989. С. 336-337.
6. Федоров Ю.А., Корень В.Н. Основы гигиены полости рта. II: Медицина, 1973. 216 с.
7. Федоров Ю.А., Кошовская В.А. Опыт профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста // *Стоматология*. 1979, №4. С. 63-65.
8. Cahen L. Social expectations for oral health: Response of the dental care system // *J. Publ. Health Dent.* - 1988. - Vol. 48. - P. 83.
9. Антонова А.А. Стоматологическая заболеваемость детей Хабаровского края и разработка региональной программы профилактики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1997. 22 с.
10. Бахтурина Г.И. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста Красноярска. Метод. Рекомендации для врачей-стоматологов Красноярска: КрасГМА, 2004. - 21 с
11. Боровский Е.В., Кузьмина Э.М., Васина С.А. и др. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны // *Стоматология*. 1987. Т.66, №5. С. 82-84.
12. Семенов Т.Н., Сежень И.Т. Организация первичной профилактики кариеса зубов среди детей раннего возраста новых социально-экономических условиях // *Стоматология*. 1996. (спец. вып.) С. 18-19.
13. Евстигнеева И.Л., Лукиных Л.М. Эффективность применения контролируемых гигиенических мероприятий полости рта у школьников // *Болезни пародонта и слизистой полости рта: Сб. науч. тр. М., 1988. С. 36-88.*
14. Живанкова У.Ф., Орехова Л.А., Саленков В.Г. Эффективность уроков здоровья у детей младшего школьного возраста // *Вестник Смоленской медицинской академии*. Смоленск: СГМА, 2003. - №3. - С. 128-129.
15. Живанкова У.Ф., Лапина Н.Н., Рековец С.В. Особенности гигиенического воспитания школьников // *Вестник Смоленской медицинской академии*. -Смоленск: СГМА, 2003. №3. - С 138-140.
16. Набатова Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук., Москва 2000, 24 с.
17. Klirnek J., Prinz H., Hellwing E. Effect of a preventive program based on professional teeth cleaning and fluoride applications on caries and gingivitis // *Ibid.* 1985. P. 295-298.
18. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта первый шаг в профилактике стоматологических заболеваний // «Труды VII Всероссийского съезда стоматологов». - М., 2001. - С. 353-355.
19. Разумеева Г.И., Удовицкая Е.В., Букреева Н.М. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей. Киев: Здоровье, 1987. 150 с.
20. Кадникова Г.И. Внедрение комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у беременных, дошкольников и школьников г. Риги / Г.И. Кадникова, Э.П. Гравите, Л.Х. Барон и др. // *Диагностика и лечение болезней зубов и челюстей*. 1983. - С. 109-112.
21. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А. и др. Подходы и пути совершенствования первичной профилактики и лечения начального кариеса зубов у детей // *Патогенез, профилактика кариеса зубов и его осложнений: Сб. науч. тр. Омск, 1987. С.57-85.*
22. Букреева Н.М. Организация гигиенического обучения и воспитания детей и подростков в программах комплексной профилактики стоматологических заболеваний: метод. Рекомендации / Н.М. Букреева, В.К. Леонтьев.
23. Васильев В.Г. Гигиеническое воспитание детей различного возраста: метод. Рекомендации / В.Г. Васильев, Г.И. Саблина, В.Ю. Лебединский, В.Г. Изатулин. - Иркутск, 1990. - 43 с.
24. Мухаметова Е.Ш. Обоснование комплексной профилактики стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста, проживающих в городе с развитой нефтехимической промышленностью: автореф. дис. канд. мед. наук / Е.Ш. Мухаметова. Казань, 1992. - 21 с.
25. Клементьева И.Ю. Организация первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей в Свердловской области: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1994. 16 с.
25. Антонова А.А. Стоматологическая заболеваемость детей Хабаровского края и разработка региональной программы профилактики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1997. 22 с.
26. Ашевцева С.В. Эффективность индивидуальной гигиены полости рта с использованием различных паст в лечении болезней пародонта. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Минск, 1996. - С. 18.
27. Бахтурина Г.И. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста Красноярска. Метод. Рекомендации для врачей-стоматологов Красноярска: КрасГМА, 2004. - 21 с.
28. Лунёва Н.А. Социальный смысл и медицинский эффект стоматологических образовательных программ для школьников. Науч.диссерт. Санкт-Петербург – 2009. – с. 20.
29. Мусина, Н.Н. Повышение эффективности комплексной профилактики соматических и стоматологических заболеваний с использованием образовательных программ: дисс. канд. мед. наук. Уфа, 2007. - с.152.
30. Коростылева Е. А. Медико-социальные аспекты совершенствования амбулаторной стоматологической помощи студенческой молодежи: диссертация ... кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Коростылева Елена Александровна; [Место защиты: Институт иммунологии и физиологии Уральского отделения РАН].- Екатеринбург, 2009. - 202 с.
31. Баширов М.Б. Организационные аспекты профилактики заболеваний зубочелюстной системы стоматологическими учреждениями разных форм собственности: кандидат медицинских наук: 14.00.33. науч. диссертация. г. Душанбе, 2004. - 128 с.

# **ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ**

## **СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ ВОПРОСЫ В ГЕРОНТОЛОГИИ**

**Арстанбекова М.А., Маматов С.М.**

Кафедра госпитальной терапии проф. патологии с курсом гематологии

В социологии проблемы старшего поколения изучаются в рамках геронтосоциологии, возникшей в начале XX столетия как направление, исследующее комплекс проблем, связанных с демографическими, социально-экономическими, политическими, этническими, религиозными и другими аспектами старения [1].

В Кыргызстане численность лиц старше трудоспособного возраста ежегодно увеличивается за счет вступления в пенсионный возраст поколения 1950-х годов рождения, более многочисленного по сравнению с военным поколением. Только за последние пять лет численность лиц данной возрастной группы в целом по республике увеличилась почти на 70 тыс. человек, или на 18 процентов.

На начало 2017 г. в Кыргызской Республике проживает 447,9 тыс. граждан старше трудоспособного возраста, или почти каждый седьмой житель республики [2].

С одной стороны, рост численности лиц старшего возраста напрямую связан со снижением средней продолжительности жизни. Старение населения и рост в его составе доли граждан старшего возраста являются причиной увеличения демографической нагрузки на граждан трудоспособного возраста, которые обеспечивают за счет своего труда и ухода группы нетрудоспособного населения.

С другой стороны, тенденция снижения рождаемости и доли лиц младших возрастов в населении ведет к росту нагрузки на существующую систему пенсионного обеспечения и высоким требованиям к развитию структуры социального обслуживания лиц старшего поколения.

В старости происходит изменение личности, насыщенное разнообразным набором качеств, которые редко встречаются в одном человеке. Поэтому существует необходимость рассмотрения различных классификаций социально-психологических типов старости.

И.С. Кон [3] представил типологию, в основе которой лежит зависимость типа от характера деятельности, которой старость заполнена. В ней говорится о благополучных и отрицательных типах старости.

Благополучные включают в себя следующие четыре типа:

- Первый тип – активная, творческая старость, когда человек уходит на пенсию, прекращая заниматься профессиональным трудом, но продолжает принимать участие в общественной жизни, за счет чего не ощущает какой-либо ущербности.
- Второй тип – у человека присутствует высокая социальная и психологическая приспособленность, но его энергия направлена главным образом на обустройство своей собственной жизни, то есть на материальное благополучие, отдых, самообразование, на что раньше не хватало времени.
- Третий тип – это в большинстве своем женщины, которые находят новое приложение сил в семье. Домашнее хозяйство неисчерпаемо и не оставляет времени на хандру или скуку. Однако у этого типа уровень удовлетворенности жизнью обычно ниже, чем у первых двух типов.
- Четвертый тип – смысл жизни представителей данного типа заключается в заботе об укреплении собственного здоровья, которая не только ведет к достаточно разнообразным формам активности, но и дает некое моральное удовлетворение. Однако нередко здесь отмечается склонность преувеличивать степень своих действительных и мнимых болезней, а также чувство повышенной тревожности.

Отрицательные типы включают следующих представителей:

- Агрессивные старые ворчуны. Такой тип людей отличается крайним недовольством окружающим миром, критикой всех, кроме самих себя, поучающим и «терроризирующим» отношением к окружающим и большим количеством претензий.
- Разочарованные в себе одинокие и грустные неудачники. Пожилые люди такого типа постоянно ощущают свою вину за упущенные действительные или мнимые возможности. Они не обладают силой прогнать негативные воспоминания о жизненных ошибках, что делает их глубоко несчастными.

Психиатр Е.С. Авербух [4] выделяет два крайних типа в собственном отношении к своей старости. Представители первого типа долго не осознают свой возраст, поэтому в поведении «молодеют», иногда теряя чувство меры; а представители второго типа переоценивают свою старость, чрезмерно берегут себя, ограждают себя от жизненных волнений.

По мнению В.В. Егорова [5], совершенно закономерной является высокая степень потребности пожилых людей в медико-социальной поддержке.

В процессе старения снижаются адаптационные возможности организма, появляются весьма уязвимые места в системе его саморегуляции, формируются механизмы, провоцирующие возрастную патологию. Болезни отличаются хроническим характером с атипичным течением, частичным обострением патологического процесса и длительным периодом восстановления и выздоровления.

В литературе часто встречается мнение, что уход на пенсию характеризуется серьезным психосоциальным кризисом личности. Сегодня большинство людей пожилого возраста воспринимают свое увольнение в связи с возрастом как должное явление, и только третья часть из них выражает неудовлетворенность новым образом жизни. Опросы, проводимые среди трудящихся до увольнения, показали, что 90% опрошенных ожидали ухудшения своего материального положения с выходом на пенсию и 60% пожилых хотели бы продолжать трудовую деятельность.

Геронтологические исследования, касающиеся вопросов жилищных условий, затрагивают целый ряд параметров, таких как качество жилья, обеспечение необходимых условий, сложность работы на дому, направление политики на решение жилищных проблем, удовлетворенность престарелых жилищными условиями. Согласно данным эмпирических исследований, у пожилых людей жилищные условия часто хуже, чем у молодых. Более того, уровень жизни пожилых значительно ниже, чем у других слоев населения. Еще одна парадоксальная ситуация заключается в том, что, несмотря на относительно низкий уровень жилищных условий, представители старшего поколения демонстрируют высокий уровень удовлетворенности им.

Касательно домов престарелых парадокс состоит в том, что созданы они для поддержания независимости пожилых людей, но, с другой стороны, способствуют отделению пожилых людей от общества в целом. Сами пожилые часто проводят ассоциацию дома престарелых с физическим заключением, разрывом привычных для них семейных и дружеских уз, состоянием одиночества, заброшенности и ненужности.

Тем не менее число домов престарелых неуклонно растет. Это свидетельствует о несоответствии проводимой сегодня социальной политики реальным нуждам и устремлениям пожилых [6].

Еще одной важной проблемой является присутствие эйджизма. В научном обороте термин «эйджизм» появился благодаря американскому социологу Р. Батлеру [7]. По мнению Р. Батлера, в обществе эйджизм проявляется в отношении старшей возрастной группы с самым низким общественным статусом. Среди молодежи и людей среднего возраста эйджизм отражает глубокое неприятие старости, проявляющееся через отвращение к старению, болезням, нетрудоспособности и ощущение страха перед беспомощностью, забвением и приближением смерти. Из этой совокупности можно сделать вывод, что психологические особенности пожилых усугубляют их социальные проблемы.

Социальная работа с пожилыми касается вопросов сферы здоровья, психосоциального благополучия и оказания социальных услуг. Рост численности людей пожилого возраста также объясняет основные тенденции в изменении форм социальной работы и характере технологического процесса совершенствования помощи престарелым. При работе с пожилыми людьми существуют основные принципы, которые должны быть основаны на уважении и интересе социального работника к личности его клиента.

Воспринимать пожилого человека в социальной работе следует не только как объект, но и в качестве субъекта. Это должно помочь в поиске и развитии внутренних резервов пожилого, способствующих его самореализации, самоподдержке и самозащите. Особую роль при этом играет профессионализм специалиста по социальной работе, его знания геронтологических и психологических особенностей возраста, умение определить принадлежность пожилого к той или иной социальной группе.

Таким образом, пожилые люди как объект социальной работы – многочисленный и весьма сложный контингент. Процесс старения характеризуется изменениями, происходящими в организме и ведущими к ослаблению биологических и социальных функций, к обострению уже имеющихся или проявлению новых, зачастую весьма серьезных заболеваний. Любой стареющий человек отличается изменениями со стороны центральной нервной системы, которые ведут к снижению работоспособности, обидчивости, депрессии, тревожности, раздражительности, снижению памяти и утрате некото-

рых навыков. Одной из главных социальных проблем для пожилых людей в старости становится проблема одиночества.

К сожалению, данная группа часто остается незащищенной в социальном плане. Эти пожилые люди нуждаются в комплексной поддержке своих родных, государства и каждого из нас. Поэтому забота о старшем поколении – одно из приоритетных направлений политики по управлению социальной защитой населения.

#### **Ссылки на источники**

1. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология: учебное пособие / Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая. М., 1999. 366 с.
2. <http://www.stat.kg/ru/news/mezhdunarodnyj-den-pozhilyh-lyudej-cifry-i-fakty>
3. Кон И.С. Постоянство личности: миф или реальность? // Хрестоматия по психологии / сост. В.В. Мироненко; под ред. А.В. Петровского. – М., 1987.
4. Авербух Е.С. Расстройства психической деятельности в позднем возрасте. Л.: Медицина, 1969.
5. Егоров В.В. Районный территориальный центр как современная форма организации медико-социальной помощи населению пожилого и старческого возраста. – М., 1996.
6. Медицинские и социальные проблемы в геронтологии. – М., 1996.
7. Словарь-справочник по социальной геронтологии. – Самара, 2003.

## **АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ КЫРГЫЗСТАНА НА ПРИМЕРЕ БИШКЕКСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

**Арстанбекова М.А., Маматов С.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева  
Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены данные по деятельности Бишкекского социального стационарного учреждения общего типа для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Проживают 201 человек, среди них мужчин – 107 чел., женщин – 94, средний возраст подопечных составил 75 лет. По национальному составу преобладают русские – 98 чел., кыргызы – 62 чел., украинцы – 15 чел., остальные места представлены другими нациями. Среди заболеваний у подопечных первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания (103 чел.), на втором месте неврологические заболевания – (90 чел.) и на третьем месте заболевания желудочно-кишечного тракта (46 чел.). В целях оказания подопечным учреждения качественной медицинской помощи, требуется совершенствование существующей системы медицинской службы.

## **КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ГЕРОНТОЛОГИЯЛЫК ЦЕНТРЛЕРДИН ИШТИКТҮҮ АНАЛИЗИ БИШКЕК СОЦИАЛДЫК СТАЦИОНАРДЫК МЕКЕМЕНИН МИСАЛЫНДА**

**Арстанбекова М.А., Маматов С.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан оорулар курсунун кафедрасы  
Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада Бишкек социалдык стационардык кары-картаң дар жана мүмкүнчүлүгү чектелген жалпы типтүү мекеменин иштиктүү маалыматтары берилген. Центрге негизинен 201 адам жашап жатат, алардын 107-си эркектер, 94-тү аялдар болсо, ал эми орто жаш курагы 75ти түзөт. Улуттук түзүлүшүнө карата орустар – 98 адамды түзүт, кыргыздар – 62, украиндер – 15, ал эми калгандары башка улуттун өкүлдөрү. Дарттарынын бөлүнүүсү боюнча, биринчи орунда жүрөк кан-тамыр оорулары (103 адам), экинчи орунда неврологиялык оорулар – (90 адам) жана үчүнчү орунда ичеги-карын оорулары (46 адам) турат. Мекемедеги опекага алынган адамдарга медициналык сапаттуу жардам көрсөтүү үчүн, мындагы медициналык кызматты жакшыртуу керек.

# THE ANALYSIS OF ACTIVITIES OF GERONTOLOGY CENTRES OF KYRGYZSTAN ON THE EXAMPLE OF BISHKEK SOCIAL STATIONARY INSTITUTION

Arstanbekova M.A., Mamatov S.M.

Kyrgyz State Medical Academe I.K.Achunbaev  
Chair of the Hospital Therapy, Profpathology with Hematology  
Bishkek city, Kyrgyz Republic

**Summary.** The article presents data on the activities of the Bishkek Social Stationary Institution of a general type for the elderly and people with disabilities. There are 201 people in this Institution, among them a number of men – 107, a number of women – 94, the average age of the wards is 75 years old. The national composition: prevails russian – 98 people, kyrgyz – 62 people, ukrainians – 15 people, other places are represented by other nations. Among the diseases of the wards, the first place is occupied by cardiovascular diseases (103 people), in second place – neurological diseases (90 people) and third place in the gastrointestinal tract (46 people). In order to provide high-quality medical care to the clients, the improvement of the existing medical service system is required.

**Введение.** Старение населения считают феноменом XX века, хотя этот процесс начал появляться еще в XIX и неуклонно продолжается в XXI веке, затрагивая не только экономически развитые, но развивающиеся страны. За последние десятилетия этот процесс стал глобальным явлением и приобрел огромные масштабы. В мировом масштабе темпы роста численности пожилого населения составляют 2,6% в год. По прогнозу в 2047 году число пожилых людей в мире превысит число детей [1,2].

Демографическая ситуация в Кыргызской Республике также характеризуется динамическим увеличением доли лиц старше трудоспособного возраста. На начало 2017 г. в Кыргызской Республике проживало 447,9 тыс. граждан старше трудоспособного возраста, или почти каждый седьмой житель республики. То есть население страны постепенно приближается к порогу старости: на начало 2017 г. в возрастах 65 лет и старше находились 275 тыс., или 4,5 процента кыргызстанцев.

В этих условиях важнейшей задачей социальной политики государства является поддержка и социальная защита инвалидов, ветеранов и граждан пожилого возраста [3]. Одним из таких задач является стационарное социальное обслуживание, которая включает меры по созданию для граждан пожилого возраста и инвалидов наиболее адекватных их возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности, реабилитационные мероприятия медицинского, социального и лечебно-трудового характера, обеспечение ухода и медицинской помощи, организацию их отдыха и досуга.

**Целью исследования:** изучение настоящей ситуации по социальному стационарному обслуживанию пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями здоровья в Кыргызской Республике, на примере Бишкекского социального стационарного учреждения общего типа для пожилых и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

**Материалом исследования явилось** Бишкекское социальное стационарное учреждение общего типа для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями здоровья. В методологию исследования положен комплексный подход изучения деятельности данного учреждения, которая включала нормативно-правовую и отчетную документацию, а также медицинские карты наблюдения за 100 подопечными учреждения.

**Результаты исследования.** Работа стационарных социальных учреждений входит в число приоритетных направлений, определяющих современную политику нашего государства. Об этом свидетельствуют множество нормативно-правовых актов, отражающие вопросы профессиональной деятельности социальной работы по работе с пожилыми людьми и инвалидами. Основным является Закон Кыргызской Республики от 19 декабря 2001 года №111 «Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике», где вторая глава «Организация социального обслуживания», ст. 7 описывает комплекс организаций и учреждений социального обслуживания, которая состоит из системы организаций обязательного минимума и дополнительной сети организаций социального обслуживания [4]. В систему обязательного минимума входят стационарные и полустационарные организации. К стационарным относятся социальные стационарные учреждения для пожилых граждан и лиц с ограниченными возможностями здоровья, которые сегодня успешно функционируют по республике.

Всего таких учреждений в Кыргызской Республике насчитывается 15, деятельность шести из них направлена на обслуживание лиц пенсионного пожилого возраста (табл. 1). Как видно из таблицы, два самых крупных учреждения расположены на севере республики, одна из них в г. Кант вместимостью 308 чел. и вторая в г. Бишкек – на 205 чел., то есть расположены в Чуйской области. Остальные 4 учреждения расположены на юге республики. Койко-места у них небольшие, вместе взятая суммарная вместимость составила 204 чел.

Таблица 1

Социальные стационарные учреждения для пожилых людей  
и лиц с ограниченными возможностями здоровья республики

№	Наименование учреждения	Место расположения	Количество койко-мест	Кол-во обл. сотрудников
1	Нижне-Серафимовский дом-интернат для престарелых и инвалидов	г. Кант	308	231
2	Дом-интернат “Боорукердик” для пожилых людей	г. Ош	63	36
3	Бишкекское социальное стационарное учреждение общего типа для пожилых людей и ЛОВЗ	г. Бишкек	192	76
4	Сузакский дом-интернат для престарелых и инвалидов	Джалалабадская область, с. Октябрьское	86	60
5	Сулюктинский дом-интернат для одиноких граждан	г. Сулюкта	35	15
6	Токтогульский дом-интернат для престарелых и инвалидов	с. Кызыл-Туу, Джалалабадская область, Токтогульский район	20	16

Впервые в истории КГМА имени И.К. Ахунбаева, на базе Бишкекского социального стационарного учреждения общего типа для пожилых людей и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – Бишкекское ССУ) были отремонтированы и открыты две учебные комнаты, где проводятся занятия по программе госпитальной терапии для студентов 2-5 курсов лечебного факультета. Именно это обстоятельство подтолкнули нас к проведению научных исследований в этом направлении.

Бишкекское ССУ основано в 1961 году, постановлением Совета Министров Киргизской ССР №99 от 15 февраля 1955 года и было рассчитано на 300 койко-мест. На сегодняшний день нормативы пересмотрены и вместимость с учетом пересмотра составило – 205 койко-мест. Имеются 83 жилые комнаты. Общая жилая площадь – 1853 кв. метров.

В структурные подразделения ССУ входят такие отделы как: административно-управленческий аппарат (директор, зам. директора, социальный отдел, отдел кадров), медицинская часть (медицинский персонал в лице врачей и медицинских сестер, кабинет ЛФК, кабинет физиотерапии), пищеблок, а также младший и технический обслуживающий персонал. Медицинская часть компактна, и представлена врачами кардиологом, онкологом, физиотерапевтом и средним медицинским персоналом.

На конец 2017 года в учреждении проживали 201 человек, средний возраст подопечных составил 75 лет. Мужчин 107 (53,2%), женщин – 94 (46,8%) человек. При распределении по регионам, откуда поступили подопечные, оказалось, что большинство подопечных поступили из г. Бишкек и Чуйской области (106 чел. и 63 чел. соответственно), с Иссыккульской области – 8 чел., с Таласской и Нарынской областей – по 4 чел., с Баткенской области – 2 чел. и без адреса поступили – 25 чел.

Распределение подопечных по национальному составу показало, что основной костяк представлен людьми русской национальности, их число составило 98 чел. (48,7%), 62 чел. (30,8%) – кыргызы, 15 чел. (7,4%) – украинцы, 9 (4,4%) чел. – татары, 6 чел. (2,9%) – казахи, по 4 чел. (1,9%) – узбеки и уйгуры и 14 человек (6,9%) представлены другими национальностями.

Нами детально проанализированы заболевания у 100 подопечных Бишкекского ССУ (рис. 1). Среди заболеваний первое место занимают сердечно-сосудистые заболевания, которые по медицинским картам наблюдения имеются у 103 чел. За ним следуют неврологические заболевания, которые

диагностированы у 90 чел., и на третьем месте – заболевания желудочно-кишечного тракта – у 46 чел.

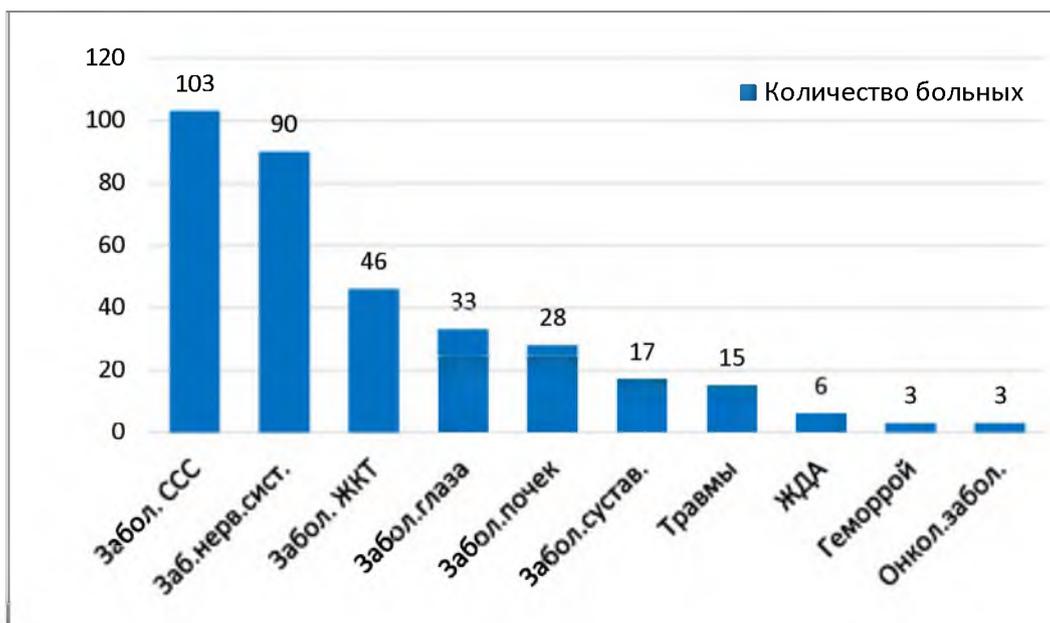


Рисунок 1. Перечень заболеваний и их встречаемость у подопечных Бишкекского ССУ.

Довольно часто встречались и другие распространенные заболевания: так глазные заболевания имелись у 33 чел. (катаракта глаза – у 24 чел. и конъюнктивиты – у 9 чел.), заболевание почек – у 28 чел. (пиелонефрит – у 14 чел., цистит – у 6 чел., аденома предстательной железы – у 8 чел.), деформирующий остеоартроз – у 17 чел., различные травмы – у 15 чел., железодофицитная анемия – у 6 чел., геморрой – у 3 чел. и опухолевые заболевания – у 3 чел.

В течение 2017 года подопечные обследованы узкими специалистами из Центра семейной медицины №16, за которыми учреждение закреплено территориально. Так, окулистом обследовано – 137 чел., ЛОР-врачом – 105 чел., неврологом – 86 чел., кардиологом – 72 чел., дерматологом – 130 чел. и хирургом – 125 чел. ЭКГ по показаниям проведено у 40 чел., флюорография – у 232 чел.

При анализе заболеваний, которые встречаются у подопечных Бишкекского ССУ, мы обратили внимание на анемические состояния, которые диагностированы только у 6 человек. При изучении нами медицинских карт наблюдения, в анализах периферической крови у многих обнаружена анемия хронических заболеваний. Этот факт объясняется тем, что при осмотре узкими специалистами, подопечные не были осмотрены врачом-гематологом.

#### Выводы.

1. Подопечные Бишкекского социального стационарного учреждения общего типа для пожилых и лиц с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в консультации более широкого круга узких специалистов, включая врача-гематолога.
2. Исследования, касающиеся оказания медицинской помощи подопечным социальных стационарных учреждений для пожилых и лиц с ограниченными возможностями здоровья должны быть продолжены, это необходимо с целью совершенствования их медицинской службы.

#### Литература

1. Старение населения мира, 1950-2050 годы. Резюме. – [Электронный адрес]. – URL: <http://www.un.org/Russian/events/alderpers> (дата обращения: 14.10.2013).
2. Глобальное старение и кризис 2020-х годов. – Svargaman, 2012. – 21 июля. [Электронный ресурс]. – URL: <http://goldenfrant.ru/articles/view/globalyngi-krizic-stareniya-2020-h-gg> (дата обращения: 14.10.2013).
3. Комаров Е.И. и др. Управление эффективностью социальных учреждений / Е.И. Комаров, Н.Н. Стрельникова, И.В. Малофеев // М.: изд.-торг. корп. “Дашков и Ко”, 2013. 304 с.
4. Закон Кыргызской Республики “Об основах социального обслуживания населения в Кыргызской Республике” от 19 декабря 2001 г. №111 (В редакции Законов КР от 12 апреля 2003 г. №71, 22 июля 2005 г. №111, 28 июля 2008 г. №177).

## МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НАЕМОПHYLUS INFLUENZAE, ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А.М. Джумаев, Д.А. Адамбеков, И.Ш. Альджамбаева, А.Т. Алымкулов  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В исследовании приведена частота встречаемости гемофильной инфекции (Hib) в республике в период 2013-2018 гг. Показано, что в результате проводимых профилактических мероприятий заболеваемость Hib инфекцией имеет тенденцию к снижению. При изучении резистентности Hib к антибиотикам выявлены проявления устойчивости Hib к некоторым β-лактамным антибиотикам. Отмечено, что в связи с особенностями развития Hib инфекции необходимо применять антибиотики в отношении всех представителей выделенной микробной ассоциации.

**Ключевые слова.** Haemophilus influenzae, заболеваемость, антибиотикорезистентность, стафилококки, стрептококки.

## КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ НАЕМОПHYLUS INFLUENZAE ТАЯКЧАСЫНЫН АНТИБИОТИККЕ ТУРУКТУУЛУГУ БОЮНЧА МОНИТОРИНГИ

А.М.Джумаев, Д.А.Адамбеков, И.Ш.Альджамбаева, А.Т.Алымкулов  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 2013-2018-жж. аралыгында Кыргыз Республикасында Hib-инфекциясынын кездешкендиги маалым болгон. Hib-инфекциясына каршы алдын алуу чараларды колдонгондон кийин бул өнөкөт оорунуну азайганы аныкталган. Hib таякчасынын антибиотикке каршы касиетин изилдөөдө бир β-лактамдык антибиотиктерге туруктуулугу аныкталган. Бирок, Hib-өнөкөтүнүн таркалышынын өзгөчөлүгүнө байланыштуу антибиотиктерди колдонууда бүткүл микробдук топторго берген таасирин эске алыш керек.

**Негизги создор:** Haemophilus influenzae, орууга чалдыгуу, антибиотикке туруктуулук, стафилококктор, стрептококктор.

## MONITORING OF ANTIBIOTIRRESISTANCE OF HAEMOPHYLUS INFLUENZAE, CIRCULATING IN THE KYRGYZ REPUBLIC

A.M. Djumaev, D.A. Adambekov, I.Sh. Aldjambaeva, A.T.A lymkulov  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The study shows the incidence of H.infection in the republic presents during 2013-2018 years. It presents as a result of preventive measures, the incidence of Hib infection tends to decrease. The study of the resistance of the Hib antimicrobials identified resistance to some B-lactam antibiotics. But in connection with the features development of the Hib infection, antibiotics should be applied against all representatives of the isolated microbial association.

**Key words:** Haemophilus influenzae, sickness, antibiotic resistance, staphylococcus, streptococcus.

### Актуальность проблемы

Возбудителями гемофильной инфекции являются мелкие грамотрицательные бактерии Haemophilus influenzae (Hib). Согласно существующей классификации они относятся к семейству Pasteurellaceae и насчитывают около 20 видов. Одним из факторов патогенности Hib является капсула. Образование капсулы не является постоянным признаком, но ее наличие является маркером патогенности микроорганизма. Основными антигенами Hib является соматический O-антиген и при наличии капсулы – K-антиген. По K-антигену различают 6 серотипов Hib (a, b, c, d, e, f). По культуральным свойствам у микробов наблюдается одна особенность. Известно, что гемофильные бактерии при культивировании нуждаются в факторах роста, присутствующих в крови: X-фактора, который представляет собой протопорфирин IX в составе гематина или гемина и V-фактор никотинамидадениндинуклеотид (НАД) или НАД-фосфат. Необходимость в наличии факторов X и V связана с тем, что сами гемофилы не способны синтезировать гем, входящий в состав ферментов дыхательной цепи, поэтому in vitro для гемофилов характерен, так называемый, «феномен кормушки» или «феномен сателлита». Этот феномен можно наблюдать при культивировании микробов на кровяном агаре вокруг

колоний стафилококков или стрептококков, вызывающих  $\alpha$ -гемолиз, тем самым продуцирующих НАД, тогда как сами гемофилы гемолиз не вызывают. Подобный эффект наблюдается и *in vivo*, именно в присутствии стафилококков или стрептококков на слизистых оболочках дыхательных путей создаются благоприятные условия для размножения *Hib* [1,2].

В последние годы все чаще появляются публикации о росте антибиотикорезистентности *Hib*, где приводятся данные о том, что несмотря на малоустойчивость микроорганизмов во внешней среде, у *Hib* выявлена способность продуцировать  $\beta$ -лактамазу, что и обуславливает их устойчивость к некоторым  $\beta$ -лактамным антибиотикам [3,4,5,6,7]. Поэтому определение лекарственной устойчивости *Hib* и сопутствующей микрофлоры, необходимо для эффективно-комбинированного и безопасного применения антибактериальных препаратов.

**Цель исследования.** Оценить состояние антибиотикорезистентности *Hib*, циркулирующих в республике, для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

**Задачи исследования.**

1. Изучить заболеваемость *Hib* инфекцией за последние 5 лет.
2. Изучить чувствительность *Hib* к антибиотикам.
3. Изучить чувствительность микроорганизмов, выделяемых в сочетании с *Hib* к антибиотикам.

**Материал и методы исследования.**

Материалом для исследования служило отделяемое из носоглотки, уха, мокрота, моча, раневое отделяемое. Материал доставлялся из ЛОР-отделения медицинского центра Кыргызской Государственной Медицинской Академии, ЛОР-отделения Национального госпиталя МЗ КР, ЛОР кабинета Медицинского Центра «Научдиамед», отделений Республиканской клиническо-инфекционной больницы Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

Первичное выделение культуры и получение чистой культуры производилось на базе бактериологической лаборатории РКИБ МЗ КР и бактериологической лаборатории «Бонецкого». Затем все чистые культуры тестировались диско-диффузионным методом на чувствительность к антибиотикам на базе кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Материал собирали стерильным тампоном, мокроту и мочу в стерильную посуду, затем делался посев на шоколадный агар. С учетом особенностей сосуществования *Hib* с культурами стафилококков и стрептококков, параллельно этот же материал засеивали на желточно-солевой, кровяной и сывороточный агары для выделения микроорганизмов рода *Staphylococcus* и *Streptococcus*.

Инкубировали посевы при 37°C 48-72 часа. Идентификацию выделенных культур проводили с помощью стандартных дисков, содержащих X и V факторы свертывания крови. Идентификацию *Staphylococcus aureus* проводили по наличию лецитиназной активности на желточно-солевой агар и наличию гемолиза на кровяном агаре, определяли наличие плазмокоагулазы. Идентификацию *Streptococcus A* проводили с помощью реакции агглютинации со специфическими сыворотками.

Статистические данные по заболеваемости *Hib* за последние 5 лет для ретроспективного анализа получены из формы годового отчета Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Кыргызской Республики (ДГСЭН КР).

**Результаты и их обсуждение.**

По результатам ретроспективного анализа имеет место постепенное снижение заболеваемости *Hib* инфекцией среди населения Кыргызской Республики (Рис. 1).



Рис. 1. Число выявленных случаев *Hib*-инфекции.

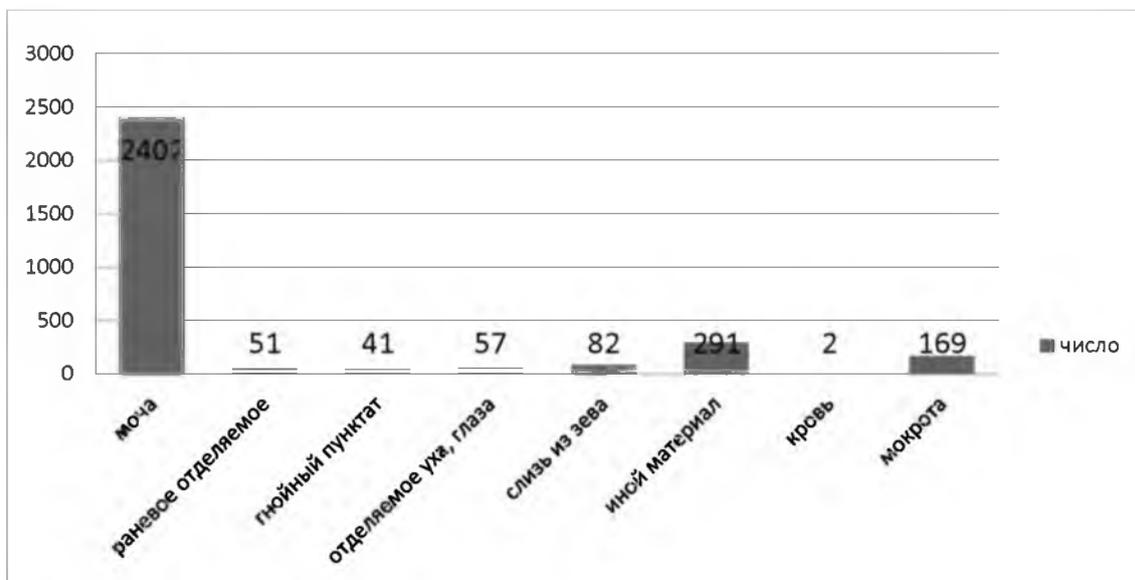


Рис. 2. Исследуемый материал и количество выделенных изолятов.

Подобная тенденция к снижению заболеваемости, по-видимому, обусловлена проводимой в стране вакцинации ((АКДС+ХИБ+НВ) детей с 3 месячного возраста. Из представленных данных видно, что за 5 летний период заболеваемость Нib инфекцией снизилась с 858 случаев (ИП-0,014) в 2013 году до 458 случаев (ИП -0,007) в 2017 году (Рис. 1).

Отмечается, что максимальное количество патогена высевалось из мочи – 2 402 изолята, из раневого отделяемого – 51 изолят, из мокроты – 169 изолятов, из слизи из зева – 82 изолята, из гнойного пунктата – 41 изолят, иной материал – 291 изолят, кровь – 2 изолята соответственно. Всего было выделено 3095 изолятов (Рис. 2).

По представленным данным, сложно сказать какую роль играют Нib в каждом конкретном случае, можно ли их расценивать как этиологический фактор при каждом выделении, или имело место бактерионосительство. Бактериологическое выделение микробов из мочи в больших количествах может свидетельствовать о том, что при любых механизмах инфицирования Нib, процесс выделения или выведения его из организма идет с мочой. Подобной точки зрения придерживаются и другие авторы [8,9]. Возможно в дальнейшем индикацию Нib в моче можно расценивать как маркер наличия бактерионосительства или инфицирования Нib инфекцией.

По данным ДГСЭН КР наиболее частные заболевания, при которых был выделен Нib и сопутствующие микроорганизмы представлены в Рис. 3.

Из представленных данных видно, что Нib высеивается при различных заболеваниях. При подготовке к операции по поводу заболеваний ЛОР органов был выделен в 69% случаев стрептококк, в 70% стафилококк и 40% гемофил. При хроническом фарингите в 58% высевался стрептококк, в 61% случаев стафилококк и в 40% случаев высевался гемофил. При сердечно-сосудистых заболеваниях выделение микроорганизмов этого же спектра было 41%, 41%, 31% соответственно. При исследовании слизи из зева при кашле % выделения микроорганизмов был 40%, случаев приходился на стрептококк, 42% на стафилококк и 20% на гемофил.

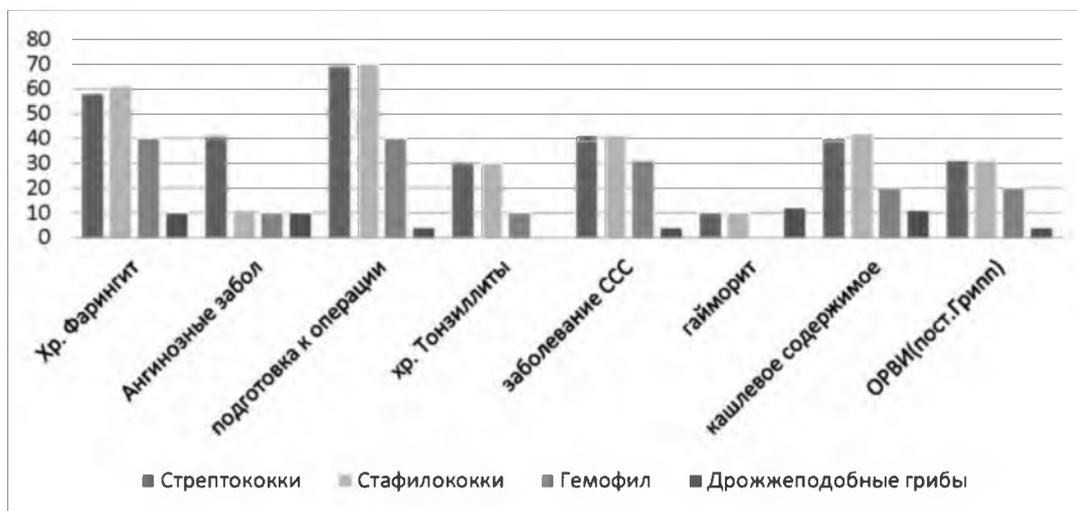


Рис. 3. Роль Нib и сателлитов в развитии различных заболеваний.

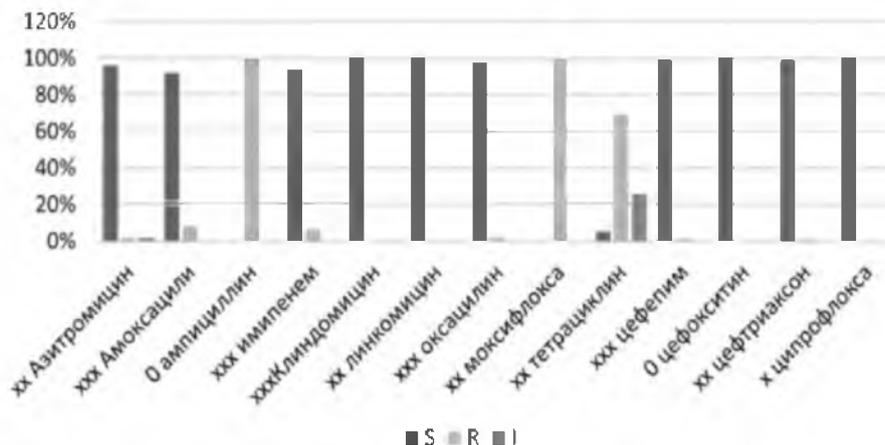


Рис. 4. Резистентность Нib к антибактериальным препаратам.

Таким образом, гемофил высевается при различных заболеваниях, но преимущественно в составе микробных ассоциаций. Именно сопутствующая, гемолизирующая эритроциты микрофлора создает необходимые для Нib условия для роста и размножения [1,2].

Результаты определения антибиотикочувствительности *Haemophilus influenzae* и ее сателлитов к имеющим клиническое значение антибиотикам, выделенных у 1222 больных представлены в Рис. 4.

Обозначение степени чувствительности Нib и ее наиболее частых сателлитов к антибактериальным препаратам имеющим разную степень эффективности представлена в % и по данным ВОЗ: x – малая степень, xx – средняя степень и xxx – высокая степень эффективности или чувствительности.

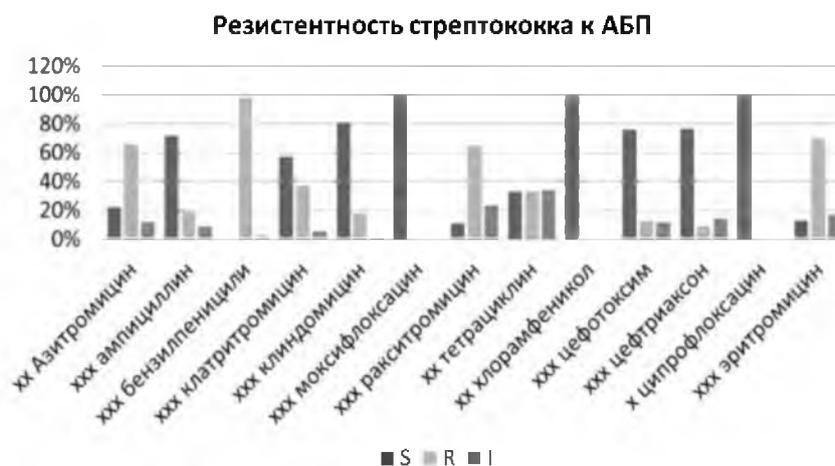
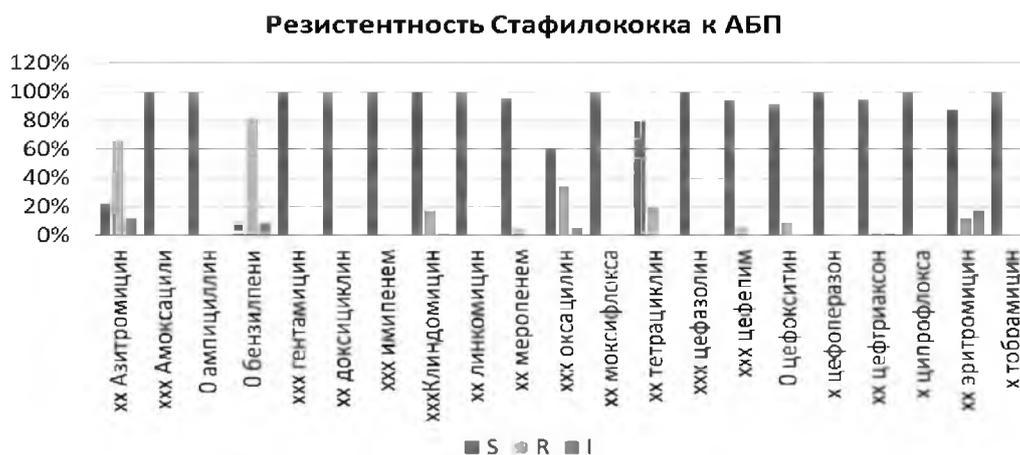


Рис. 5. Резистентность *Streptococcus* группы «А» к антибактериальным препаратам.

Чувствительность чистой культуры Нib к антибактериальным препаратам, где выявлено, что Нib резистентен к ампицилину – 98,8%, моксифлоксацину – 100% и тетрациклину – 69,1%. Из представленных данных видно, что Нib резистентен к ампицилину – 98,8%, моксифлоксацину – 100% и тетрациклину – 69,1%. К остальным антибиотикам, представленным, в исследовании имеется чувствительность.

В Рис. 5 представлены данные о чувствительности и резистентности выделенных культур *Streptococcus* группы «А» к антибиотикам. Отмечается резистентность к бензилпеницилину – 97,3%, азитромицину – 62%, ампициллину – 19,1%, кларитромицину – 17,8%, ракситромицину – 65,1% и эритромицину – 71,1%. К остальным антибиотикам чувствительность сохранена.



**Рис. 6. Резистентность *Staphylococcus aureus* к антибактериальным препаратам.**

Из представленных данных резистентность *Staphylococcus aureus* к антибактериальным препаратам составила к азитромицину – 61,1%, бензилпенициллину – 82%, оксациллину – 37,3% и тетрациклину – 20% (Рис. 6).

Таким образом, при проведении антибактериальной терапии больных Ниб инфекцией необходимо учитывать данные антибиотикорезистентности часто встречающейся сопутствующей патогенной микрофлоры, такой как стрептококки группы А и золотистый стафилококк. При такой комбинации микробов необходимо учитывать спектр антибиотикорезистентности одного препарата также и по отношению к группе сотелитных бактерий. Так, из представленных данных, цефтриаксон, обладая высокой активностью к Ниб, демонстрирует более низкую активность в отношении стрептококка группы А (наличие в 15% случаев резистентности), а к стафилококку цефтриаксон проявляет высокую активность. Отмечен высокий процент резистентности 80% штаммов стрептококка группы А к эритромицину, хотя по данным ВОЗ эритромицин обладает очень высокой активностью (xxx) к стрептококку группы А. При этом у золотистого стафилококка выявлено 12% резистентных штаммов к эритромицину, хотя по данным ВОЗ эритромицин к стафилококку обладает хорошей активностью.

#### **Выводы.**

1. Заболеваемость Ниб инфекцией имеет тенденцию к снижению в Кыргызской Республике, благодаря проводимой вакцинации в стране.
2. Резистентность Ниб к антибиотикам определяется.
3. При изучении антибиотикорезистентности необходимо учитывать чувствительность основных представителей микробных ассоциаций, выделяемых из патологического очага.
4. При назначении антибактериального лечения необходимо применение препаратов, обладающих высокой активностью в отношении микроорганизмов - участников микробной ассоциации.

#### **Литература:**

1. Микробиология, вирусология, иммунология / под ред. А.А. Воробьева. - М., 2004. - С. 410.
2. Бородина, Л.Г. Микробиологические аспекты инфекций, вызванных *Haemophilus influenzae*, у детей. - Дисс. на соиск. уч. ст. д.б.н. / Л.Г. Бородина. - М., 2007. - С. 52.
3. Часто болеющие дети – актуальная проблема социальной педиатрии. / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. М.: Издательский дом «Династия», 2003. – С. 233-252.
4. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий [и др.]. – Н. Новгород: НГМА, 2003. – 180 с.
5. *Haemophilus influenzae* type b meningitis in a vaccinated and immunocompetent child / A.F. Almeida [et al] // J Infect Public Health. – 2017. - No 10(3). - P. 339-342.
6. Wood, N. Epiglottitis in Sydney before and after the introduction of vaccination against *Haemophilus influenzae* type b disease / N. Wood, R. Menzies, P. McIntyre // Intern Med J. - 2005. - No. 35 (9). - P. 530-535.
7. Slack, M.P.E. A review of the role of *Haemophilus influenzae* in community-acquired pneumonia / M.P.E. Slack // Pneumonia. – 2015. - No. 6(1). - P. 26-43.
8. Kelly, D.F. *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccines / D.F. Kelly, E.R. Moxon, A.J. Pollard // Immunology. - 2004. - No. 2. - P. 163-174.
9. Особенности культивирования штаммов *Haemophilus influenzae* тип В-продуцентов полирибозилрибитол-фосфата- основного компонента полисахаридных вакцин / Е.Л. Салимова [и др.] // Фармация и Фармакология-2017. - №5 (5). - С. 422-441.

**ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА МИКРОЧАСТИЦ  
АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА И УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ  
ЛЕГОЧНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НАСЕЛЕНИЯ г. АЛМАТЫ**

**М.Б. Лю<sup>1</sup>, Н.А. Ибрагимова<sup>2</sup>, Д.А. Адамбеков<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра микробиологии, вирусологии и иммунологии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

<sup>2</sup> АО «Научный центр противоинфекционных препаратов»,  
лаборатория фармакологии и токсикологии  
г. Алматы, Республика Казахстан

**Резюме.** Проведена качественная оценка микрочастиц атмосферного воздуха в зимний период в городе Алматы и изучен уровень распространения заболеваемости населения болезнями органов дыхания. Используются физико-химические методы изучения сверхмалых твердых частиц и анализ официальной информации заболеваемости населения. Установлено, что микрочастицы представляют собой гетерогенную структуру и состоят из продуктов горения углеродистых материалов, биогенных соединений и металлов. Биологические реакции организма при поступлении твердых частиц могут быть связаны не только с их размерами, но и физико-химическими характеристиками, такими как неорганический и органический состав, который зависит от источника загрязнения. Около половины случаев в структуре заболеваемости населения республики Казахстан принадлежит заболеваниям органов дыхания. Город Алматы среди других субъектов административных единиц республики Казахстан занимает лидирующее положение по заболеваемости населения болезнями органов дыхания.

**Ключевые слова:** микрочастицы, сверхмалые твердые частицы, загрязнение атмосферного воздуха, транспорт, заболеваемость, болезни органов дыхания.

**АТМОСФЕРАДАГЫ АБАНЫН КУРАМЫНА КИРГЕН  
МИКРОЧАСТИЦАЛАРДЫН САПАТЫНЫН АЛМАТА ШААРЫНДАГЫ  
КАЛКЫНЫН ОПКӨ ООРУЛАРЫНЫН  
ДЕЦГЭЭЛИНЕ ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИН ИЗИЛДӨӨ**

**М.Б. Лю<sup>1</sup>, Н.А. Ибрагимова<sup>2</sup>, Д.А. Адамбеков<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

<sup>2</sup> ААК «Жугуштуу ооруларга каршы дары-дармектердин илимий борбору»  
фармакология жана токсикология лабораториясы  
Алматы, Казакстан Республикасы

**Корутунду.** Алматы шаарындагы кыш мезгилиндеги атмосфералык абадагы микрочастицалардын сапатын изилдеп жана анын калктын дем алуу органдарынын ооруларынын децгээлине тийгизген таасири изилденген. Отө майда катуу бөлүкчөлөрдү изилдөө үчүн физико-химиялык методдор колдонулган жана калктын ооругандыгы официалдык маалыматтардан алынган.

Микрочастицалар гетерогендүү түзүлүштөрдөн туруп, углероддук материалдардын күйгөнүнөн келип чыккан заттар биогендик кошулмалардан жана металлдардан турат. Организмдин биологиялык жооп кайтаруусу катуу бөлүкчөлөрдүн өлчөмдөрү менен эле байланышпастан, алардын физико – химиялык мүнөздөлүштөрү менен жана алардын органикалык, органикалык эмес курамдары, алардын булгануу булактарына байланыштуу. Казахстан Республикасынын калкынын арасында кездешүүчү оорулардын арасында дем алуу органдарынын оорулары жарым бөлүгүн түзөт. Казахстан Республикасындагы шаарлардын ичинен Алматы шаарынын калктарынын дем алуу органдарынын оорулары алдыңкы орунда кездешет.

**Негизги создор:** микрочастицалар, эц кичине өлчөмдөгү катуу бөлүкчөлөр, атмосферадагы абанын булганышы, дем алуу органдарынын оорулары.

# A STUDY OF THE QUALITATIVE COMPOSITION OF AIR MICROPARTICLES AND THE INCIDENCE OF PULMONARY DISEASES IN THE CITY OF ALMATY

M.B. Lyu<sup>1</sup>, N.A. Ibragimova<sup>2</sup>, D.A. Adambekov<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of Microbiology, Virology and Immunology,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

<sup>2</sup> JSC «Scientific Center of Anti-Infective Drugs»  
Laboratory of Pharmacology and Toxicology  
Almaty, Republic of Kazakhstan

**Summary.** A qualitative assessment of atmospheric microparticles in winter in the city of Almaty was carried out and the prevalence of the incidence of the population with respiratory diseases was studied. Physico-chemical methods for studying ultra-small solid particles and analysis of official information on the incidence of the population were used. It was found that microparticles are a heterogeneous structure and consist of combustion products of carbonaceous materials, biogenic compounds and metals. Biological reactions of the body with the arrival of solid particles can be associated not only with their size, but also physico-chemical characteristics, such as inorganic and organic composition, which depends on the source of pollution. The respiratory system diseases in the structure of the incidence among population of Republic of Kazakhstan were halt of cases.

Almaty city takes the leading position on the incidence of the population with respiratory diseases as compare to other subjects of administrative units of Republic of Kazakhstan.

**Key words:** microparticles, ultra-small solid particles, air pollution, transport, morbidity, respiratory diseases.

Алматы – крупнейший город Казахстана и один из крупнейших среди стран Центральной Азии с численностью населения около 2 миллионов человек, расположен в центре Евразийского континента у подножья гор Заилийского Алатау (северный хребет Тянь-Шаня) [1-3]. Как известно, транспортные средства остаются основным источником загрязнения атмосферного воздуха в городах. Город Алматы характеризуется относительно малым числом промышленных предприятий, но очень интенсивным дорожным движением: 80% вредных выбросов в атмосферу города Алматы производит именно автотранспорт [4]. Увеличение заболеваемости и, как следствие, смертности городского населения связывают с воздействием загрязняющих веществ, поступающих от автомобильного транспорта, горения бензина и дизельного топлива, износа тормозов, шин, дорожного покрытия и дорожной пыли [5].

Выбросы автотранспорта являются значительным источником сверхмалых твердых частиц (ultrafine particles – UFP), определяемых как частицы с аэродинамическим диаметром менее 100 мкм [6-8]. Различают следующие виды сверхмалых твердых частиц в зависимости от их диаметра: мелкие частицы – частицы с аэродинамическим диаметром, равным или менее 2,5 мкм (ТЧ 2,5) и крупные частицы – диаметром от 2,5 до 10 мкм (ТЧ 2,5-10) [9-10]. В настоящее время на территории медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова установлен пылемер ВАМ-1020, который регистрирует концентрацию сверхмалых частиц каждый час [11].

**Цель исследования** провести качественную оценку микрочастиц атмосферного воздуха с различных точек трафика в зимний период в городе Алматы и уровень распространения легочных заболеваний.

## **Материалы и методы исследований**

Качественное содержание сверхмалых частиц определяли вдоль основных транспортных магистралей различных районов г. Алматы в зимний период 2018 года путем сбора пыли и снега. Пробы собирали в течение 10 дней на пересечении улиц в ясную безветренную погоду. Бумажные фильтры устанавливали в горизонтальном положении в количестве не менее 3 штук на точку исследования на расстоянии 3-5 м от края дороги и 2 м от поверхности земли. После истечения срока экспозиции фильтры разрезали на мелкие кусочки около 5-6 см<sup>2</sup>, затем помещали их в стерильный флакон с 1 л стерилизованной дистиллированной воды, обрабатывали ультразвуком в течение 1 мин. Полученные водные растворы в объеме 100 мл пропускали через систему поликарбонатных фильтров Isopore<sup>TM</sup> полипропилен (Millipore, США) разного диаметра для получения сверхмелких твердых частиц (ultrafine particles – UFP) диаметром менее 100 мкм и разделения их по размерам: 0-5 мкм, 5-10 мкм, 10-30 мкм. Далее в полученных отфильтрованных растворах определяли продукты горения топлива и тяжелые металлы.

Верхний слой снега с глубины до 10 см и площади 1 м<sup>2</sup> собирали в 1 л стерильные контейнеры, которые предварительно промывали дважды дистиллированной водой для предотвращения вторичного загрязнения антропогенными аэрозолями. Супернатант хранили при минус 20°С до использования. Микроскопирование проводили с помощью светового микроскопа Leica.

В исследованиях было определено две точки отбора проб:

- «верхняя часть города» (аль-Фараби-Назарбаева);
- «нижняя часть города» (Райымбека-Пушкина).

На рН-метре PH3210 Set Tw определяли рН растворов; с помощью кондуктомера TetraCon 325/Cond 3110 SET2 – электропроводность. Кислотные оксиды, фосфаты, свинец и кадмий определяли по общепринятым методикам на спектрофотометре Spectroquant Spectro Pharo 100.

### Полученные результаты

На рисунке 1 представлены этапы сбора частиц, пробоподготовки и результаты микроскопирования частиц.

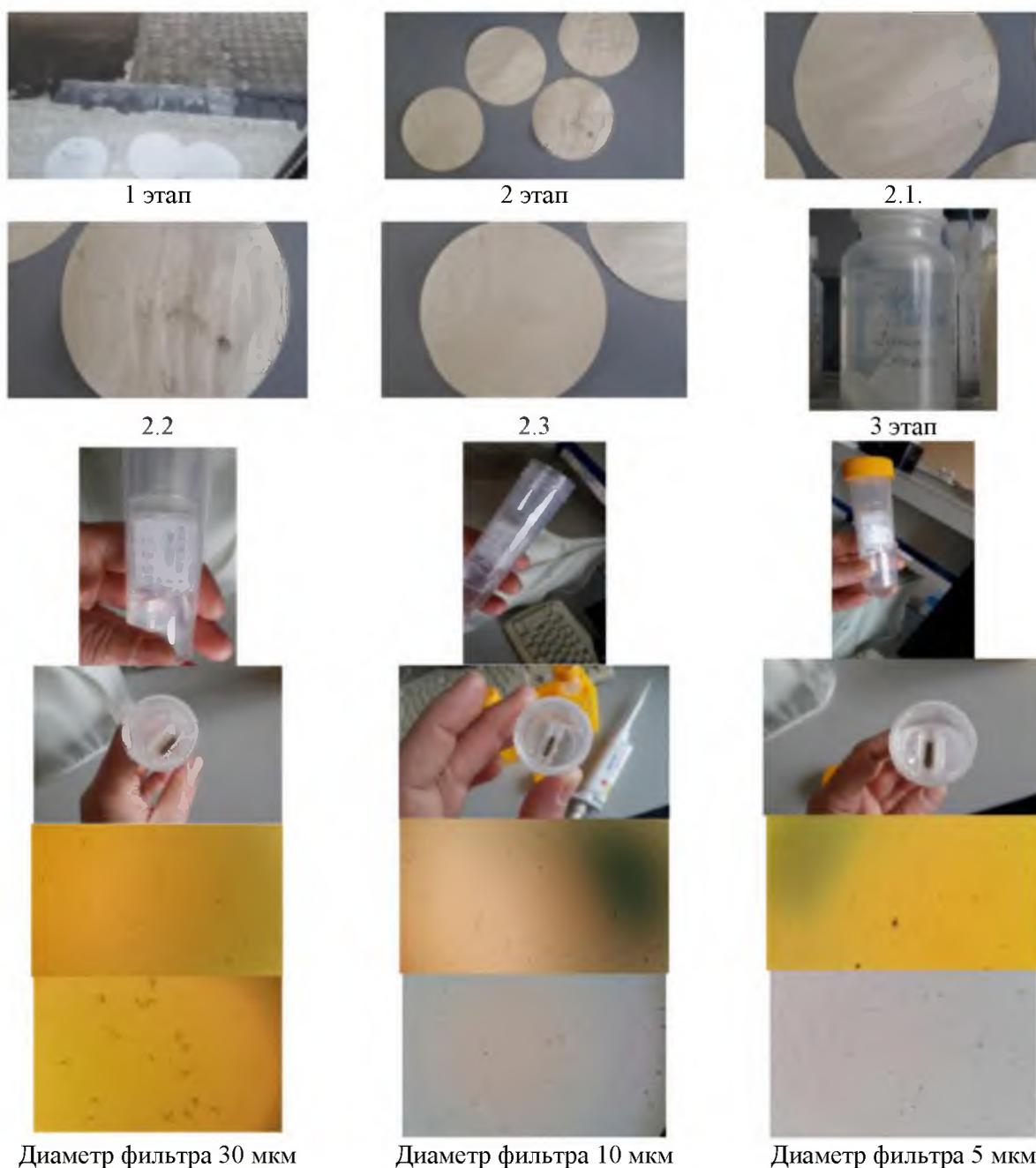


Рисунок 1. Этапы сбора частиц, пробоподготовки и результаты микроскопического изучения сверхмалых твердых частиц.

Микроскопическое изучение водных растворов пыли снега, пропущенных через фильтры различного диаметра, показало включения черного цвета различных форм, классифицируемые нами как сверхмалые твердые частицы (рисунок 1).

Изучение показателей кислотности выявило, что водные экстракты пыли (до разделения на фракции) и снега имеют кислые показатели – 4,73-5,57. При этом наименьшие значения pH были характерны для проб снега (таблицы 1 и 2). Электропроводность снега была практически в два раза больше, по сравнению с водными растворами пыли, что вероятно связано с кумулятивной способностью снега. Полученные значения показателей электропроводности для проб снега были практически идентичны между собой с разных исследуемых точек сбора, что также было характерно и для проб водных растворов пыли. При сравнении исследуемых проб между собой не было выявлено существенных различий в концентрациях сульфатов, нитратов и нитритов. Следует отметить, что достаточно большие значения показателей нитритов отмечались для проб снега, но они были меньше ПДК. Напротив, для всех проб отмечалось превышение уровня ПДК показателей нитратов в 4,0-5,8 раза. Показатели оксида фосфора для водных растворов пыли находились в диапазоне 5,3-5,9 мг/дм<sup>3</sup> и составляли 1,5-1,7 ПДК, для проб снега были несколько больше – 7,73-7,90 мг/дм<sup>3</sup> и составляли 2,21 и 2,26 ПДК соответственно. Концентрации свинца и кадмия существенно превышали значения ПДК. В водных растворах пыли эти значения составляли 116,7-142,3 ПДК и в пробах снега 186,7-184,3 ПДК. Также концентрации кадмия значительно превышают нормируемые значения в исследуемых пробах пыли и снега. При этом, в пыли полученные концентрации были несколько меньше (таблицы 1 и 2).

Таблица 1

Концентрация кислотных оксидов и тяжелых металлов в водных растворах пыли, М ± m

Условия	Пушкина-Джамбула	Райымбека-Пушкина	ПДК
pH	5,56 ± 0,21	4,96 ± 0,23	-
Электропроводность, мкСм/см	75,83 ± 2,99	68,53 ± 0,57	-
SO <sub>4</sub> <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	65,60 ± 1,94	69,66 ± 1,23	500,0
NO <sub>2</sub> <sup>-</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	15,06 ± 1,89	12,66 ± 0,31	3,0
NO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	26,63 ± 0,30	27,46 ± 0,59	45,0
PO <sub>4</sub> <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	5,30 ± 0,30	5,90 ± 0,55	3,5
Pb <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	3,50 ± 0,16	4,26 ± 0,34	0,03
Cd <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	4,30 ± 0,16	5,86 ± 0,21	0,001

Таблица 2

Концентрация кислотных оксидов и тяжелых металлов в водных растворах снега, М ± m

Условия	Абая-Назарбаева	Райымбека-Пушкина	ПДК
pH	4,73 ± 0,14	5,23 ± 0,18	-
Электропроводность, мкСм/см	134,56 ± 0,98	144,20 ± 2,33	-
SO <sub>4</sub> <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	65,13 ± 0,73	67,36 ± 0,90	500,0
NO <sub>2</sub> <sup>-</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	17,40 ± 0,20	12,30 ± 0,16	3,0
NO <sub>3</sub> <sup>-</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	33,4 ± 0,85	35,30 ± 0,68	45,0
PO <sub>4</sub> <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	7,90 ± 0,45	7,73 ± 0,35	3,5
Pb <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	5,60 ± 0,26	5,53 ± 0,46	0,03
Cd <sup>-2</sup> , мг/дм <sup>3</sup>	6,76 ± 0,39	6,16 ± 0,16	0,001

В таблице 3 представлены показатели заболеваемости болезнями органов дыхания в структуре общей заболеваемости населения Республики Казахстан на основе статистических данных единого сайта Комитета по статистике Министерства национальной экономики Республики Казахстан [www.stat.gov.kz](http://www.stat.gov.kz). Отмечается тренд роста заболеваемости органов дыхания за последние пять лет практически на 2% и они составляют в среднем 40% случаев. При этом заболеваемость болезнями органов дыхания среди детей составляет более 60% с увеличением на 2% за последние 5 лет.

Заболелаемость населения болезнями органов дыхания Республики Казахстан  
в структуре общей заболелаемости

Годы	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Заболелаемость взрослого населения, %					
Болезни органов дыхания в структуре общей заболелаемости по основным группам болезней	41,6	41,8	41,5	42,0	43,5
Заболелаемость детей в возрасте 0-14 лет, %					
Болезни органов дыхания в структуре общей заболелаемости по основным группам болезней	59,8	60,1	59,7	60,0	61,8

Город Алматы занимает лидирующую позицию по заболелаемости болезнями органов дыхания среди других административных единиц Республики с возрастанием на 80 912 случаев за последние пять лет (рисунок 2).

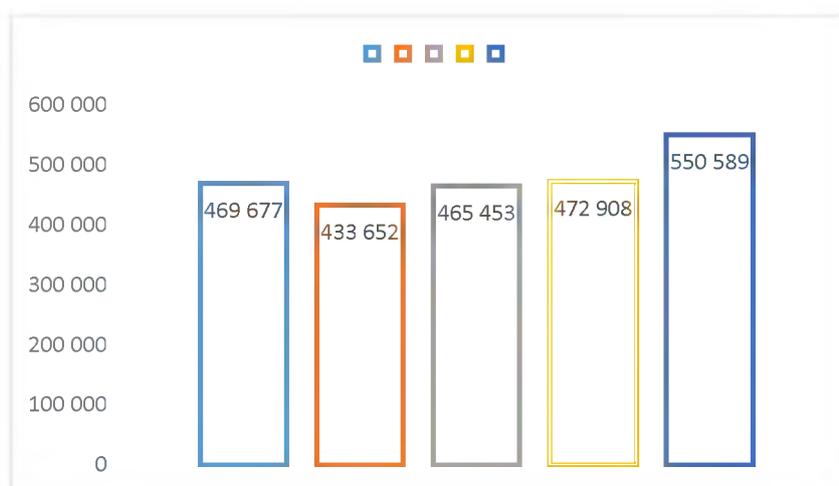


Рисунок 2. Заболелаемость населения города Алматы болезнями органов дыхания.

### Обсуждение

Проблема качества воздуха имеет жизненно важное значение в обеспечении здоровья населения в условиях нарастающих техногенных и климатических изменений. К настоящему времени определены патогенетические механизмы таких заболеваний как астма, сердечно-сосудистые, атеросклероз. Показано, что сверхмелкие твердые частицы (UFP) не могут вызвать смерть у здоровых людей, однако могут повысить уровень смертности среди уязвимых групп населения, например, детей, стариков или людей с ослабленной иммунной системой [11].

Считается, что сверхмелкие частицы оказывают наибольшее влияние на здоровье человека [12]. Повышение уровня их содержания увеличивает число респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний [13]. Такие частицы обладают большой кумулятивной способностью, способностью проникать через эпителий, а также повышенной долей органического материала и металлов в составе, что приводит к их высокому окислительному потенциалу [14].

Эпидемиологические исследования обнаружили положительную корреляцию между кратковременным воздействием повышенного уровня содержания частиц в воздухе, имеющих средний диаметр менее 2,5 мкм и смертностью населения. Воздействие  $TC_{2.5}$  является статистически значимым при сердечно-сосудистых и респираторных инфекциях, сокращая продолжительность жизни населения примерно на 8,6 месяца [15].

Около половины случаев в структуре заболелаемости населения республики Казахстан принадлежит заболеваниям органов дыхания. Город Алматы среди других субъектов административных единиц занимает лидирующее положение по заболелаемости населения болезнями органов дыхания.

### Выводы:

1. Твердые частицы представляют собой гетерогенную структуру и состоят из продуктов горения углеродистых материалов, биогенных соединений и металлов.
2. Биологические реакции организма на поступление твердых частиц зависят не только от их размера, но и от физико-химических характеристик, таких как неорганический и органический состав, зависимый от источника загрязнения.

3. Около половины случаев в структуре заболеваемости населения Республики Казахстан принадлежит заболеваниям органов дыхания. Город Алматы среди других субъектов административных единиц занимает лидирующее положение по заболеваемости населения болезнями органов дыхания.

#### Список литературы

1. [http://almaty.kz/page.php?page\\_id=41&lang=1](http://almaty.kz/page.php?page_id=41&lang=1)
2. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Алма-Ата>
3. [https://tengrinews.kz/kazakhstan\\_news/chislennost-naseleniya-almatvi-perevalila-17-milliona-322048](https://tengrinews.kz/kazakhstan_news/chislennost-naseleniya-almatvi-perevalila-17-milliona-322048)
4. <http://m.zakon.kz/4686006-bakytzhan-sagintaev-mv-ljubim-almaty-i.html>
5. Gan W., Tamburic L., Davies H.W., Demers P.A., Koehoorn M., Brauer M. Long-Term Exposure to Traffic-Related Air Pollution and the Risk of Coronary Heart Disease Hospitalization and Mortality // *Environmental Health Perspectives*. – 2011. – 119 (4). – P. 501-507.
6. Pakkanen T.A., Loukkola K., Korhonen C.H., et al. Sources and chemical composition of atmospheric fine and coarse particles in the Helsinki area // *Atmospheric Environment*. – 2001. – 35(32). – P. 5381-5391.
7. Zavala M., Herndon S.C., Wood E.C., et al. Evaluation of mobile emissions contributions to Mexico City's emissions inventory using on-road and cross-road emission measurements and ambient data // *Atmospheric Chemistry and Physics*. – 2009. – 9. – P. 6305-6317.
8. Pey J., Querol X., Alastuey A., et al. Source apportionment of urban fine and ultra-fine particle number concentration in a Western Mediterranean city // *Atmospheric Environment*. – 2009. – 43 (29). – P. 4407-4415.
9. Shields L.G., Suess D.T., Prather K.A. Determination of single particle mass spectral signatures from heavy-duty diesel vehicle emissions for PM 2.5 source apportionment // *Atmospheric Environment*. – 2007. – 41 (18). – P. 3841-3852.
10. Mariani R.L., de Mello W.Z. PM2.5-10, PM2.5 and associated water-soluble inorganic species at a coastal urban site in the metropolitan region of Rio de Janeiro // *Atmos. Environ.* – 2007. – 41. – P. 2887-2892.
11. Pope C.A., Burnett R.T., Thun M.J., Calle E.E., Krewski D., Ito K., Thurston G.D. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution // *Journal of the American Medical Association*. – 2002. – 287 (9). – P. 1132-1141.
12. Anderson J.O., Thundiyil J.G., Stolbach A. Clearing the air a review of the effects of particulate matter air pollution on human health // *Journal of Medical Toxicology*. – 2012. – 8(2). – P. 166-175.
13. Heal M.R., Kumar P., Harrison R.M. Particles, air quality, policy and health // *Chem. Soc. Rev.* – 2012. – 41. – P. 6606–6630.
14. Morgan T.E., Davis D.A., Iwata N., Tanner J.A., Snyder D., Ning Z., Kam W., Hsu Y., Winkler J.W., Chen J.C., Pe-tais N.A., Baudry M, Sioutas C, Finch CE. Glutamatergic Neurons in Rodent Models Respond to Nanoscale Particulate Urban Air Pollutants in Vivo and in Vitro // *Environmental Health Perspectives*. – 2011. – 119 (7). – P. 766-772.
15. Dominici F., Peng R.D., Bell M.L., Pham L., McDermott A., Zeger S.L., Samet J.M. Fine particulate air pollution and hospital admission for cardiovascular and respiratory diseases // *Journal of the American Medical Association*. – 2006. – 295 (10). – P. 1127-1134.

## ОЦЕНКА ДИНАМИКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ УЧАЩИХСЯ ЛИЦЕЯ

А.А. Калыкеева, И.Е. Кононец

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра фундаментальной и клинической физиологии им. С.Б. Даниярова  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В работе представлены результаты психологического обследования учащихся 10 класса лицея при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева. Всего обследовано 80 человек, в возрасте 16-17 лет. Для определения уровня ситуативной и личностной тревожности обучающихся была применена шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина (1983). Данный тест является надежным и информативным способом оценки уровня тревожности человека. При сопоставлении показателей по половым различиям, полученных в начале обучения в 10 классе при применении выше отмеченного опросника, установлено, что у девушек доминировали показатели реактивной и личностной тревожности. В конце учебного года у 5% девушек обнаружена низкая личностная тревожность, умеренная – у 48% юношей и 20% девушек, высокая – у 52% юношей и 75% девушек. Проведенное психологическое обследование выявило достоверно высокие показатели тревожности у девушек по сравнению с юношами, что может быть связано с адаптационным процессом, учебной нагрузкой и индивидуальными особенностями девушек.

**Ключевые слова:** учащиеся лица, личностная тревожность, реактивная тревожность.

## ЛИЦЕЙ ОКУУЧУЛАРЫНЫН ТЫНЧСЫЗДАНУУ ДЕҢГЭЭЛИНИН ДИНАМИКАСЫН БААЛОО

**Корутунду:** Макалада И.К. Ахунбаев атындагы КММА алдындагы лицейдин 10-класста окуган окуучуларынын психологиялык изилдөөлөрүн жыйынтыгы сунушталган. 16-17 жаштагы 80 адам изилденген. Окуучулардын кырдаалдык жана өздүк тынчсыздануу деңгээлдерин аныктоо үчүн Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханиндин (1983) тынчсызданууну өздүк баалоо шкаласы колдонулган. Белгиленген тест ишенимдүү жана маалыматтарды алуу жолу болуп саналат. 10 класстын окуучуларын психологиялык изилдөөнүн натыйжасында кырдаалдык тынчсыздануу кыздарда басымдуу экендиги аныкталган. Ал эми өздүк тынчсыздануунун орточо деңгээли 53% балдарда, 28% кыздарда белгиленди. Бул өз кезегинде балдардын өздүк тынчсыздануу деңгээли жогорураак экендигин билдирет. Окуу жылынын этегинде кыздардын 5% төмөнкү өздүк тынчсыздануу деңгээли, 48% балдарда жана 20% кыздарда орточо өздүк тынчсыздануу деңгээли табылган. Ал эми жогорку өздүк тынчсыздануу деңгээли 52% балдарда, 75% кыздарда аныкталган. Кыздарда тынчсыздануу деңгээлдеринин жогору болушу адаптациялык процессинен, окуу жүктө мүнөзү жана жекече өзгөчөлүктөрү менен негизделиши мүмкүн.

**Негизги сөздөр:** лицей окуучулары, өздүк тынчсыздануу, кырдаалдык тынчсыздануу.

### ASSESSMENT OF DYNAMICS OF THE LEVEL OF STUDENTS OF THE LYCEUM

Kononets I.E., Kalykeeva A.A.

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbaev

Department of fundamental and clinical physiology. S.B. Daniyarov

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** The paper presents the results of a psychological survey of pupils of the 10 grade of the lyceum at the Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaev. 80 people at the age of 16-17 were examined. To determine the level of situational and personal anxiety of students, the self-rating scale of anxiety by Spielberg, Yu.L. Khanin (1983) was used. This test is a reliable and informative way to assess the level of anxiety.

As a result of the psychological studies conducted of the 10th grade respondents was discovered, that girls reactive anxiety indicators are comparatively dominant, whereas the parameters of moderate personal anxiety in 53% of young men and 28% of girls, which indicates high personal activity of young men. At the end of the school year, 5% of girls found low personal anxiety, moderate - in 48% of boys and 20% of girls, high - in 52% of boys and 75% of girls. High personal anxiety was found in 52% of young men and 75% of girls. Based on the psychological studies conducted, it was found that the girls have relatively high rates of anxiety. This may be due to the adaptation process, the training load and the individual characteristics of the girls.

**Key words:** pupils of the lyceum, personal anxiety, reactive anxiety.

**Введение.** Одной из наиболее важных проблем обучения учащихся в средне специальных учебных учреждениях является адаптация организма не только к интенсивной учебной нагрузке, но и к резкой смене окружающей социальной и психологической среды. В свою очередь, все эти факторы отражаются на психологических показателях организма подростков [1,2].

Состояние тревоги, беспокойства впервые выделил и акцентировал Зигмунд Фрейд (1926). Он охарактеризовал данное состояние как эмоциональное, включающее в себя переживания ожидания и неопределенности, чувство беспомощности, главной функцией которого является предупреждение человека о надвигающейся угрозе, которую надо встретить или избежать [3].

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях. Она связана с обратимой дисфункцией мозговых связей и с генетически детерминированными свойствами мозга, обуславливающими повышенный уровень эмоционального возбуждения и определяющих состояние тревожности на поведенческом и физиологическом уровнях [4].

Реймонд Бернар Кеттел выделил 2 независимых фактора: ситуативная (реактивная) и личностная тревожность [5].

Реактивная или ситуативная тревожность (РТ или СТ) – показатель интенсивности переживаний, которые возникают по отношению к типичным событиям, и характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

Личностная тревожность (ЛТ) – готовность человека к переживанию страха и волнений по поводу широкого круга субъективно значимых явлений. Она характеризует склонность человека воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги [5].

Целью наших исследований явилось изучение динамики тревожности учащихся лицея при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

#### Материалы и методы исследования

Обследовано 80 подростков в возрасте 16-17 лет, обучающихся в лицее при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Исследования проводились в начале и в конце обучения в 10 классе.

После подбора обследуемых лиц было проведено психологическое исследование для выявления уровней тревожности по двум состояниям (реактивная и личностная тревожность) с использованием методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина. Результаты анкетирования оценивались по полученным баллам: до 30 – низкая, 31-45 умеренная, 46 и более – высокая тревожность [5,6,7].

Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием программы SPSS 21.0.

#### Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены результаты психологического обследования респондентов по половым различиям. В начале обучения у девушек показатели низкой и умеренной РТ и ЛТ имеют достоверно высокие значения по сравнению с юношами, что указывает на напряженность и беспокойство указанных лиц. У юношей значения высокой степени РТ достоверно выше, чем у девушек.

При оценке уровней ЛТ установлено, что у девушек только высокий уровень ЛТ достоверно превышает показатели у юношей.

Таблица 1

Соотношение показателей уровней тревожности учащихся в начале обучения в 10 классе (n=80)

Обследуемые	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	низкая	умеренная	высокая	низкая	умеренная	высокая
Юноши	25,00±1,76	37,17±1,28	55,59±1,96*	26,00±2,08	38,43±1,03	51,31±1,22
Девушки	28,50±0,50*	40,67±0,79*	52,90±1,06	24,57±1,00	40,00±1,14	55,91±1,14*

**Примечание:** \* – различия достоверны ( $P < 0,05$ ) между показателями юношей и девушек.

При сопоставлении значений РТ у юношей и девушек, полученных в конце 10 класса, была обнаружена аналогичная картина, т.е. девушки показали высокую степень беспокойства и нервозности. У 5% девушек обнаружена низкая ЛТ. Значения умеренной ЛТ достоверно превышают показатели у юношей (табл. 2).

Таблица 2

Соотношение показателей уровней тревожности учащихся в конце обучения в 10 классе (n=80)

Обследуемые	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	низкая	умеренная	высокая	низкая	умеренная	высокая
Юноши	21,5±2,50	37,81±1,19	55,95±1,68		37,42±0,84	53,10±1,46
Девушки	24,00±0,58*	42,00±1,15*	55,50±1,33	28,50±0,50	41,75±1,82*	55,10±1,17

**Примечание:** \* – различия достоверны ( $P < 0,05$ ) между показателями юношей и девушек.

В начале учебного года при определении уровней РТ учащихся в процентном соотношении выявлено: низкий – у 12% юношей и 5% девушек, умеренный – у 45% и 45%, высокий – у 43% и 50% соответственно. Низкая степень ЛТ обнаружена – у 7% юношей и 17% девушек, умеренная – у 53% и 28%, высокая – у 40% и 55% соответственно (рис. 1).

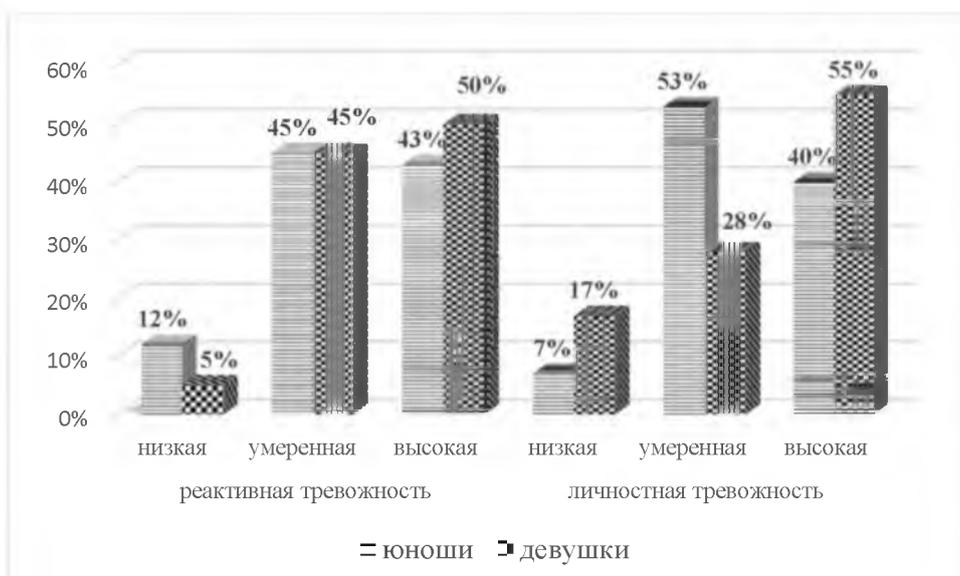


Рис. 1. Показатели уровня тревожности учащихся в начале обучения в 10 классе.

В конце учебного года установлены следующие уровни РТ учащихся: низкий – у 5% юношей и 8% девушек, умеренный – у 40% и 35%, высокий – у 55% и 57%. Низкий уровень ЛТ обнаружен у 5% девушек, умеренный – у 48% юношей и 20% девушек и высокий – 52% и 75% соответственно (рис. 2).



Рис. 2. Показатели уровня тревожности учащихся в конце обучения в 10 классе.

Полученные нами данные совпадают с результатами А.Б. Сайдылдаевой (2010), которая при исследовании уровней тревожности студентов медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, обнаружила более высокую степень тревожности у девушек первокурсниц по сравнению с юношами [8].

Мырзаев Ж.Т. с соавт. (2016) обследовали студентов КРСУ им. Б.Н. Ельцина с использованием шкалы Ч.Д. Спилберга. Умеренный уровень ЛТ и РТ наблюдался у 52,2% и 69,6% студентов соответственно, в то время как высокий уровень ЛТ и РТ – у 42,0% и 17,4% соответственно. Низкий уровень ЛТ и СТ отмечен у 5,8% и 13,0% студентов [9].

На основании проведенных психологических обследований состояния учащихся лица можно сделать вывод о том, что девушки характеризуются высоким уровнем РТ. У 5% девушек в конце обучения в 10 классе отмечается низкий уровень ЛТ. Показатели умеренной ЛТ имеют достоверные значения по сравнению с юношами, что свидетельствует о напряжении адаптивных функций организма.

### **Литература**

1. Байтингер О.Е. Отношение молодёжи к высшему образованию // *Ананьевские чтения. Образование и психология.* -СПб., 2001. - С. 71-73.
2. Бальсевич В.К. *Онтокинезиология человека. М.: Теория и практика физической культуры, 2000. - 275 с.*
3. Астапов В.М. *Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Психологический журнал. -1992. №5. - С. 151-161.*
4. Черный С. В. *Нейро - и психофизиологический анализ состояния тревожности у человека: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд.биол.наук. - Симферополь, 2007. – 21 с.*
5. Ханин Ю.Л. *Краткое руководство в шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилберга. - Л., 1976. -18 с.*
6. Спилберг Ч.Д. *Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги. Пер. с англ. // Стресс и тревога в спорте. - М., 1983. - С. 12-24.*
7. Прихожан А.М. *Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. - Питер, 2009. – 192 с.*
8. Сайдылдаева А.Б. *Состояние функциональной межполушарной асимметрии и её влияние на тонус и реактивность вегетативной нервной системы у здоровых испытуемых в процессе обучения: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд.мед.наук. – Бишкек, - 2010. – 26 с.*
9. Мырзаев Ж.Т., Акунова Б.Э., Мусабеева Т.О. *Адаптивные, резервные возможности у лиц молодого возраста в условиях Кыргызской Республики//Физическое воспитание и студенческий спорт глазами студентов. - 2016. – С. 516-519.*

### **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОКЛИМАТА ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ПОМЕЩЕНИЙ ПО ОБРАБОТКЕ ПРИРОДНОГО КАМНЯ**

**Барат к. Асель, Каныметова А.К., Цивинская Т.А., Кочкорова Ф.А., Эрбаев А.Т.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра гигиенических дисциплин МПД,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Проведена гигиеническая оценка параметров микроклимата производственных помещений по обработке природного камня. Выявлены достоверные различия по показателям температуры, влажности и скорости движения воздуха в теплое и холодное время года. Показано, что рабочие постоянно подвергаются воздействию низких температур и высокой влажности, что соответствует вредным условиям труда.

**Ключевые слова:** микроклимат, температура, влажность, скорость движения воздуха, производство, гигиеническая оценка.

### **ТАБИГЫЙ ТАШТЫ ИШТЕП ЧЫГУУ ОНДУРУШ ЧАРБАСЫНЫН МИКРОКЛИМАТЫНЫН ГИГИЕНАЛЫК МУНОЗДОМОСУ**

**Барат к. Асель, Каныметова А.К., Цивинская Т.А., Кочкорова Ф.А., Эрбаев А.Т.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Медициналык алдын алуу иштер боюнча гигиеналык дисциплиналар кафедрасы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Коротунду.** Табигый ташты иштеп чыгуу өндүрүш чарбасынын микроклиматынын гигиеналык баалоо жүргүзүлдү. Жылуу жана муздак мезгилдеги туруктуу температура, нымдуулук жана абанын кыймылы тууралуу көрсөткүчтөр аныкталган. Бул жумуш шарты гигиеналык нормага туура келбейт.

**Негизги создор:** микроклимат, температура, нымдуулук, абанын ылдамдыгы, өндүрүш чарба, гигиеналык баалоо.

### **HIGIENIC CHARACTERISTICS OF THE MICROCLIMATE OF INDUSTRIAL PRODUCTS FOR THE PROCESSING OF NATURAL STONE**

**Barat k. Asel', Kanymetova A.K., T.A. Tsivinskaya, Kochkorova F.A., Erbaev A.T.**

Department of hygienic disciplines  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaeva,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary.** The hygienic assessment of the microclimate parameters for the processing of natural stone was carried out. The main difference in the temperature, humidity and air humidity in the warm and cold seasons

are revealed and speed. It is shown that workers are exposed to low temperatures and high temperatures, which corresponds to harmful working conditions.

**Key words:** microclimate, temperature, humidity, speed of movement of the air, production, hygienic evaluation.

**Введение.** Главным и основным направлением государственной политики в области охраны труда становится обеспечение приоритета жизни и сохранения здоровья работников. В указанном аспекте представляется важным, изучение условия труда – фактора определяющего здоровья ведущих профессиональных групп работающих [1]. Одним из ведущих факторов при оценке условий труда целого ряда профессий, в том числе и производстве по обработке камня (гранит, мрамор и др.), является микроклимат [2,3].

Микроклимат представляет собой комплекс физических факторов, оказывающих влияние на тепловой обмен человека с окружающей средой, определяющих его тепловое состояние, самочувствие, работоспособность и производительность труда [4]. Микроклимат занимает особое место среди других факторов производственной среды, что является одной из главных задач санитарно-эпидемиологического контроля за условиями труда. Так, по показателям микроклимата производственной среды разработаны не только допустимые уровни воздействия, но и оптимальные величины с целью повышения работоспособности и производительности труда. Но, несмотря на достигнутые успехи в данном направлении, большая часть работников испытывают дискомфорт при выполнении своих обязанностей [3,5,6].

В связи, с чем нами была проведена оценка параметров микроклимата на рабочих местах фрезеровщиков по камню, с целью оптимизации условий труда на рабочем месте.

**Материалы и методы.** Методом гигиенического обследования изучен микроклимат производственных помещений ОсОО «Гранит». Исследования проводили в теплый (осенний) и холодный (зимний) периоды года на постоянных рабочих местах в динамике рабочего дня (9<sup>00</sup>, 11<sup>25</sup> и 16<sup>00</sup> часов). Работа выполняется стоя, поэтому температуру, влажность и скорость движения воздуха измеряли на высоте 0,1 и 1,5 м от пола. Параметры микроклимата определяли при помощи поверенного прибора МЕТЕОСКОП-М. Результаты измерений оценены в соответствии с требованиями СанПиН 2.2.4.548-96 «Гигиенические требования к микроклимату производственных помещений».

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

**Результаты и их обсуждение.** Микроклиматические условия, как в производственном помещении, так и на отдельных рабочих местах, часто весьма изменчивы и зависят не только от технологического процесса производства, но и от метеорологических условий наружной атмосферы, от работы отопительной и вентиляционной системы, а также от расположения рабочего места [7].

По результатам нашего исследования установлено, что показатели микроклимата производственных цехов по обработке камня имеют существенные отклонения в холодный и теплый периоды года от гигиенических норм по всем показателям, за исключением скорости движения воздуха (табл. 1,2).

Так, температура воздуха в цехах, в теплый период года, колеблется в пределах от 17,1 до 20,4°С, относительная влажность колеблется в среднем от 58,7 до 94,2%, скорость движения воздуха составила 0,01-0,08 м/с.

При сравнении параметров микроклимата установлено, что температура воздуха в цехе №1, где производится первичная обработка камня, достоверно выше, в сравнении с цехом №2 (p<0,001), а относительная влажность воздуха в цехе по вторичной обработке камня достоверно выше (p<0,001), в сравнении с цехом №1, где производят распил и подготовку камня к вторичной обработке. Скорость движения воздуха, достоверных различий в цехе №1 и цехе №2 не имеет, и находится в пределах допустимых уровней (табл. 1).

Таблица 1

Показатели параметров микроклимата на рабочих местах цеха №1 и цеха №2 в теплое время года(M±m)

Помещения	Температура, С°	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Цех №1, по первичной обработке камня	13,4±0,8*	79,7±2,2	0,06±0,005
Цех №2, по вторичной обработке	11,1±0,74	85,9±1,4*	0,04±0,002

\*p<0,001 – различия достоверны при оценке показателей микроклимата в теплое время года

В холодное время года температура воздуха на рабочих местах находилась в пределах от 1,5 до 4°С со знаком плюс, что значительно ниже допустимых значений. Относительная влажность колеблется от 54,8 до 88,9%, скорость движения воздуха – 0,04-0,17 м/с.

Таблица 2

Показатели параметров микроклимата на рабочих местах цеха №1 и цеха №2 в холодное время года (M±m)

Помещения	Температура, С°	Относительная влажность, %	Скорость движения воздуха, м/с
Цех №1, по первичной обработке камня	3,04±0,13***	69,6±1,7	0,08±0,001
Цех №2, по вторичной обработке	1,88±0,12	79,6±1,5**	0,13±0,02*

\* $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,0001$ , \*\*\* $p < 0,00001$  – различия достоверны при оценке показателей микроклимата в холодное время года

Из таблицы 2 видно, что температура воздуха в цехе №1 имеет достоверно высокие показатели ( $p < 0,00001$ ), в сравнении с цехом №2. Относительная влажность в цехе №2, также как и в теплое время года, имеет достоверно высокие показатели ( $p < 0,0001$ ) по сравнению с цехом по первичной обработке камня. Скорость движения воздуха также имеет достоверно высокие значения в цехе №2 (вторичная обработка камня) ( $p < 0,001$ ) в сравнении с цехом №1. Следует отметить, что высокие показатели относительной влажности в производственных цехах связаны с технологическим процессом, который подразумевает постоянную подачу воды с целью снижения запыленности воздушной среды на рабочем месте при обработке камня.

Таким образом, на обследованных рабочих местах, персонал предприятия подвергается постоянному воздействию низких температур и высокой влажности, как в теплое, так и в холодное время года, что соответствует вредным условиям труда и может привести к снижению работоспособности и развитию профессиональных заболеваний. В связи с чем необходимо провести комплекс профилактических мероприятий по улучшению микроклиматических показателей на производстве по обработке камня.

#### Список литературы.

1. Мамырбаев, А.А. Гигиеническая оценка условий труда рабочих хромового производства / А.А. Мамырбаев, Ж.Б. Курманов, С.С. Алимбаев, В.М. Сабырахметова и др. // Медицинский журнал Западного Казахстана. - 2016. - №1(49). - С. 68-75.
2. Бабаян, М.А. К пересмотру санитарных норм микроклимата производственных помещений / М.А. Бабаян // Медицина труда и промышленная экология. - 1996. - №12. - С. 31-39.
3. Клебанов, Р.Д. Исследования микроклимата в стекольном и литейно-кузнечном производствах / Р.Д. Клебанов, Яковлев С.Е., Клебанов Ю.Д., и др. // Здоровье и окружающая среда. - 2013. - №23. - С. 49-53.
4. Афанасьева, Р.Ф. Медико-биологические аспекты нормирования и оценки микроклимата: итоги и перспективы дальнейших исследований / Р.Ф. Афанасьева // Медицина труда и промышленная экология. - 2008. - №6. - С. 48-52.
5. Голубова, В.М. оценка микроклимата на рабочих местах производственных помещений / В.М. Голубова // «Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты». XI Всероссийская (85-я Итоговая) студенческая научная конференция с международным участием / под ред. Г.П. Котельникова, В.А. Куркина-Самара: ООО «Офорт», 2017. - С.93.
6. Новожиллов, Г.Н. Гигиеническая оценка микроклимата / Г.Н. Новожиллов, О.П. Ломов. - Л.: Медицина, 1987. - 112 с.
7. Юсупова, В.К. Гигиеническая характеристика производственного микроклимата фарфорово-керамических предприятий / В.К., Юсупова, Эргашова Ш.К. // Молодой ученый. - 2016. - №8. - С. 26-28.



## ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВТОРОГО КУРСА

КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА

Д.А. Маликова, Г.Б. БердIBEKOBA, А.А. Эсенбекова, А.К. Кенжебекова,  
А.Д. Сомкулова, Н.Т. Молдокматова

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

Кафедра гигиенических дисциплин МПД – Р.М. Атамбаева

Кафедра русского языка – Г.Б. Кульбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

**Резюме.** В данной статье рассмотрена проблема отношения студентов 2-го курса Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева к соблюдению правильного режима питания, а также выявлены причины нерационального приема пищи. Изучены особенности питания студентов 2-го курса КГМА, как фактора здорового образа жизни (ЗОЖ) с последующим анкетированием, расчётом энерготрат, выявлением умеренного, недостаточного, избыточного потребления тех или иных нутриентов и питательных веществ.

**Ключевые слова:** студенты, питание, энерготраты, нутриенты, потребление.

## И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММА ЭКИНЧИ КУРСУНУН СТУДЕНТТЕРИНИН ТАМАКТАНУУСУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Д.А. Маликова, Г.Б. БердIBEKOBA, А.А. Эсенбекова, А.К. Кенжебекова,  
А.Д. Сомкулова, Н.Т. Молдокматова.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Медициналык алдын алуу иштери боюнча гигиеналык дисциплиналар кафедрасы – Р.М. Атамбаева

Орус тили кафедрасы – Г.Б. Кульбаева

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясынын 2-курсунун студенттеринин туура тамактануунун ирээтин сактоого карата болгон мамилеси тууралуу айтылат. Ошондой эле рационалдуу эмес тамактануунун себептери аныкталып чыкты. 2-курсун студенттеринин тамактануусунун өзгөчөлүктөрү жашоонун сергек мүнөзүнүн (ЖСМ) фактору катары, соңку сурамжылоо менен, энергиянын сарпталышын аныктоо менен, бул же тигил азык заттарын, ошондой эле нутриенттерди жетиштүү, жетишсиз жана ашыкча кабыл алуу маселесин аныктоо менен изилденди.

**Негизги создор:** студенттер, тамактануу, энергиялык сарптоолор, нутриенттер, кабыл алуу.

## PARTICULAR NUTRITION QUALITIES OF THE SECOND YEAR STUDENTS

D.A. Malikova, G.B. Berdibekova, A.A. Esenbekova, A.K. Kenzhebekova,  
A. D. Somkulova, N.T. Moldokmatova

Kyrgyz State medical academy named after I.K. Akhunbaev

Department of hygienic disciplines – R.M. Atambaeva

Department of Russian language – G.B. Kulbaeva

Bishkek, The Kyrgyz Republic

**Summary.** In this work, we have studied food features of the students 2<sup>nd</sup> year in Kyrgyz State Medical Academy as a factor of a healthy lifestyle with subsequent questionnaires from calculation of energy costs of students and identification of the number of certain nutrients of edible food.

**Key words:** students, nutrition, energy consumption (costs), nutrients.

**Введение.** Здоровое питание у студентов – одна из актуальных тем в наши дни. В основе представления о здоровом питании лежит вопрос рационального питания, предусматривается необходимость и обязательность полного обеспечения потребностей организма не только в энергии, но и в ряде непищевых компонентов пищи, значение которых до конца не установлены. При длительном дефиците поступления с пищей отдельных нутриентов, сначала происходит постепенное истощение тканей, а потом нарушения обменных процессов и гомеостаза. Как известно, некоторые ферменты, отвечающие за переваривание и всасывание определенных продуктов питания, могут постепенно перестать вырабатываться и приводить к тяжелым последствиям.

Подготовка будущих специалистов в вузе включает в себя не только профессиональное обучение, но и формирование мировоззрения студента, соблюдающего принципы охраны здоровья. Плохое питание, болезни, передаваемые через пищевые продукты, и отсутствие безопасного доступа к доброкачественным пищевым продуктам являются весьма важной составляющей бремени болезней и смертности в Европейском регионе ВОЗ [1].

**Цель:** Оценить особенности питания студентов второго курса, рассчитать их энерготраты и выявить факторы влияющие на нерациональное питание.

**Задачи:**

1. Выявить отношение молодежи к полноценному питанию.
2. Установить рацион питания среднестатистического студента.
3. Определить причины и факторы, влияющие на несоблюдение рационального питания.
4. Подсчитать в норме, в избытке или недостатке употребление белков, жиров, углеводов, железа, витамина С.

**Материалы и методы исследования.** Изучение особенностей питания основано на изучении состояния здоровья как показателя адекватности индивидуального питания. Обобщенная характеристика состояния здоровья и особенностей питания конкретного человека необходима для определения объема и характера лечебно-диагностических, диетических и гигиенических мероприятий. Методология оценки особенностей питания включает определение показателей функции питания, пищевой адекватности и заболеваемости [2]. Было проведено анкетирование как форма опроса. Всего опрошено 120 студентов малых факультетов: 50 из них студенты факультета МПД, 50 – фармацевтического факультета и 20 – стоматологического факультета. Возраст участников находился в диапазоне от 18-22х лет. Все они дали согласие на заполнение анкеты своего режима дня и меню питания. Обработка материала проводилась с помощью программы Excel.

Таблица

Хронометраж дня [5]

Вид деятельности	Продолжительность в минутах	Суточные энерготраты	
		Ккал/мин/1 кг	Расход энергии
<i>Сон</i>	350	0,0155	5,425
<i>Уборка постели</i>	10	0,0329	0,329
<i>Умывание</i>	30	0,0504	1,512
<i>Одевание / Раздевание</i>	15	0,0264	0,396
<i>Ходьба</i>	60	0,0597	3,582
<i>Езда на транспорте</i>	120	0,0267	3,204
<i>Практические занятия</i>	250	0,0300	7,5
<i>Перерыв</i>	80	0,0258	2,064
<i>Приём пищи</i>	30	0,0236	0,708
<i>Уборка по дому</i>	20	0,0402	0,804
<i>Приготовление пищи</i>	60	0,0313	1,878
<i>Разговор</i>	100	0,0250	2,5
<i>Интернет</i>	300	0,0300	90
<i>Мытье посуды</i>	15	0,0313	0,4695

**Результаты и обсуждение.** Большинство респондентов считают, что питаются неправильно.

Самый популярный завтрак для студентов – чай с хлебом, так как нет времени на полноценный завтрак. Практически все студенты питаются в перерывах между занятиями, что является для них обедом и происходит это чаще всего в столовых или же покупают еду в каких-либо магазинах, перекусывая на ходу. Большая часть студентов предпочитает быстрый перекус, например, сэндвичи, курники, беляши и пирожки, которые запивают в основном чаем или газированными напитками. А ужин заключается в употреблении тяжелой пищи, к примеру различные супы, вторые блюда и десерты, содержащие много калорий и большое количество энергии. Но полученная энергия не расходуется своевременно, что и является проблемой не соответствия энерготрат, также нерационального питания у студентов. Студенты совершают прием пищи 3 раза день, но калорийность потребляемой пищи непропорциональна по времени и нагрузке, при максимуме энерготрат в утреннее и дневное время, большая часть респондентов отметила, что они не завтракают и обедают практически на ходу. При таком редком приеме пищи с загруженным режимом дня, ухудшаются условия ее переварива-

ния. В результате этого создается несоответствие между массой компонентов пищи и возможностями их ферментативного расщепления.

Таким образом, достаточное и адекватное содержание в пище существенных для жизнедеятельности нутриентов является необходимым условием для поддержания здоровья, а не хватка или избыток нутриентов в пище создают условия для развития заболеваний [4].

Выявленные факторы, влияющие на несоблюдение рационального питания:

1. Быстрые перекусы, содержащие тяжелые углеводы, недостаточное количество белков и витаминов.
2. Неправильное распределение времени
3. Употребление жирной и копченной пищи в большом количестве
4. Отсутствие самой важной части питания – завтрака.
5. Рацион студентов обеднен витаминами.

После анализа данных, полученных в результате анкетирования, выявлено, что подавляющее большинство студентов 2-го курса КГМА питаются неправильно, также неправильное соотношение белков, жиров, углеводов, витамина С и железа.

Результаты исследования показали, что студенты употребляют недостаточно белков, жиры в меру, а углеводы обнаружены и в их рационе в избытке (Рис).

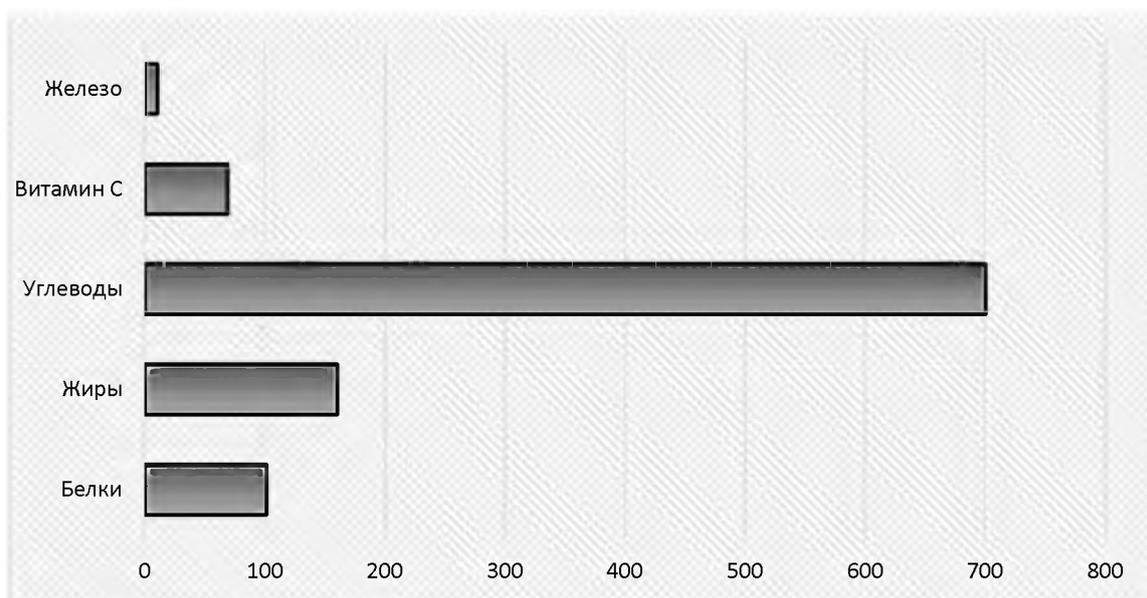


Рис. Рацион питания студентов 2-го курса в среднем значении.

#### Выводы:

1. Студенты второго курса КГМА не соблюдают режим питания, осознают это, но не стремятся исправить.
2. По результатам анкетирования выявлено, что студенты обычно едят 2-3 раза в день. Основной объём пищи приходится на ужин, что создает нагрузку на ЖКТ. Студенты часто употребляют лапшу быстрого приготовления, которая практически не содержит необходимых полезных компонентов пищи.
3. Студенты объясняют свой нерациональный режим питания недостатком времени, большой учебной загруженностью, а также финансовыми проблемами.

**Рекомендации.** Ограничить употребление легкоусвояемых углеводов. При поступлении в организм достаточного количества углеводов они оказывают «белоксберегающий» эффект – то есть они используются в основном на пластические, а не на энергетические нужды. Избыток поступления углеводов приводит к интенсификации липогенеза с возможным развитием ожирения [3]. Рекомендуется обратить внимание на своевременное включение в рацион питания белков. Распределять свое время правильно и уделять особое внимание завтраку, который имеет наибольшее значение в режиме здорового питания.

### **Литература:**

1. ВОЗ: Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, No 96. Ed.: Aileen Robertson, et al. *Food and health in Europe: a new basis for action (WHO regional publications). European series; No. 96.* - с.505.
2. Гигиена: учебник / Под общей ред. акад. РАМН Г.И. Румянцевы - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. - с.608.
3. Диетология: руководство / Под ред. А.Ю. Барановского, Санкт-Петербург: Питер, 2008. - с.1022
4. А.В. Скальный / Основы здорового питания: пособие по общей нутрициологии, - Оренбург: ГОУ ОГУ, 2005. - с. 117.
5. А.А. Минх / Общая гигиена. - М.: Медицина, 1984. - с. 480.

## **ЗАГРЯЗНЕНИЯ ВОЗДУХА ГОРОДА БИШКЕК КАК ПРИЧИНА АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**К.А. Мамырова, Чынгышбай кызы Махабат, К.П.Н ст.препод. Н.Т. Молдокматова**

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызстан

**Резюме.** В статье представлены данные исследования уровня загрязненности атмосферного воздуха города Бишкек. Токсины и отравляющие вещества вызывают аллергические заболевания. Улучшение экологического образования поможет формировать новое отношение к экологическим проблемам города Бишкек.

**Ключевые слова:** Загрязнение атмосферы, экология, бронхиальная астма, диоксид серы, формальдегид, аммиак.

**Введение.** Одним из важнейших факторов среды обитания человека является качество атмосферного воздуха, ухудшающееся от интенсивного выброса загрязняющих веществ стационарными источниками и автомобильным транспортом. Загрязняющие вещества, поступившие в атмосферу, поглощаются, в первую очередь, органами дыхания, проникают в кожу, во внутренние органы и, таким образом, действуют на весь организм человека. С точки зрения воздействия на здоровье населения основными загрязняющими веществами являются формальдегид, бенз(а)пирен и тяжелые металлы, в том числе токсичные соли свинца, а также твердые частицы.

Под постоянным воздействием выбросов оказываются наиболее плотно заселенные города и пригородные районы. В атмосферный воздух городов поступает большое количество таких вредных веществ, как пыль, диоксид серы, оксид и диоксид азота, оксид углерода, которые во многих странах принято называть классическими загрязнителями. Помимо них в атмосферный воздух отдельными производствами и всеми видами транспорта выбрасываются так называемые специфические загрязняющие вещества.

Загрязнение воздушного бассейна является ключевым фактором, оказывающим негативное воздействие на состояние окружающей среды. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), от 40 до 50% заболеваний человека в наше время могут быть связаны с изменением окружающей среды и, в первую очередь, с загрязнением атмосферы. Основным источником загрязнения атмосферного воздуха является автомобильный транспорт. В настоящее время более 90% всех атмосферных выбросов составляют автомобильные выбросы. Количество автомобилей в Кыргызстане увеличилось – в настоящее время насчитывается более 450 тыс. легковых автомобилей, автобусов и грузовых автомашин. Подсчитано, что автомобильный транспорт Кыргызстана ежегодно выбрасывает около 140000 тонн вредных веществ в атмосферу, включая угарный газ, окись азота, углеводород, твердые частицы и свинец. Угарный газ составляет три четверти этих выбросов. Автотранспортные выбросы оказывают наиболее сильное влияние на здоровье человека в городах, расположенных в замкнутых долинах, окруженных горами. Целью данной работы являются аналитический обзор экологических проблем в городе Бишкеке, создаваемых автомобильным транспортом, и рекомендация возможных мероприятий и путей их решения. Основными факторами, влияющими на загрязнение атмосферного воздуха выбросами от автотранспорта, являются: значительный рост автомобильного парка по количеству, медленное развитие транспортной инфраструктуры, недостатки в организации дорожного движения, низкие экологические характеристики эксплуатируемых в республике автомобилей, несоответствие качества используемого моторного топлива современным требованиям. Усугубляют экологическую обстановку в городах и отсутствие комплексности в решении проблемы,

устаревшая нормативно-правовая база эксплуатации автомобильного транспорта, неэффективность административных и экономических мер.

Уровень загрязненности атмосферного воздуха города Бишкек определяется выбросами загрязняющих веществ от стационарных источников и автотранспорта. Количество зарегистрированных в Бишкеке автотранспортных средств за последние 10 лет увеличилось в 2 раза. Такие данные приводит ОБДД ГУВД Бишкека. Число легковых автомобилей с 2000 по 2011 год выросло в 3 раза. В 2 раза выросло число автобусов, зарегистрированных в столице. Согласно данным, предоставленным Агентством по гидрометеорологии при МЧС КР, последние 5 лет в Бишкеке фиксировался повышенный уровень загрязнения атмосферного воздуха. За последние месяцы 2017 уровень загрязнения атмосферного воздуха превышает допустимую концентрацию вредных веществ в 2-3 раза. Агентство по гидрометеорологии предоставило статистику по уровню загрязнения атмосферного воздуха за последние 5 лет. Стоит отметить, что в ходе анализа измеряются концентрации диоксида серы, оксида и диоксида азота, формальдегида и аммиака. Так, в 2012 году в Бишкеке отмечался высокий уровень загрязнения атмосферного воздуха. Среднегодовое содержание почти всех определяемых примесей в целом по городу превышает допустимые нормы. Комплексный индекс загрязнения атмосферы за 2012 год составил 6,77, что на 1,43 ниже предыдущего. Это объясняется снижением загрязнения воздуха в городе аммиаком и формальдегидом.

Что же касается ситуации с загрязнением воздуха в Бишкеке в 2017 году, то загрязнение атмосферного воздуха диоксидом серы невысокое. Уровень загрязнения атмосферы формальдегидом в центральной части города повышенный. Загрязнение атмосферного воздуха аммиаком невысокое и не превышает допустимых норм. Как и в прошлые годы, наиболее загрязненным районом остается центральная часть города, где отмечается превышение допустимых норм по диоксиду азота, оксиду азота и формальдегиду. Необходимо отметить опасения специалистов, которые утверждают, что смог вызывает заболевания дыхательных путей, а также приводит к онкологии и аллергии.

Загрязненный воздух раздражает большей частью дыхательные пути, вызывая бронхит, эмфизему, астму. Наряду с органами дыхания загрязнители поражают органы зрения и обоняния, а воздействуя на слизистую оболочку гортани, могут вызвать спазмы голосовых связок. К раздражителям, вызывающим эти болезни, относятся  $SO_2$  и  $SO_3$ , пары кислот  $HCl$ ,  $HNO_3$ ,  $H_2SO_4$ ,  $H_2S$ , азота, фосфора и их соединений. Особенно губительно действует на человека загрязнение атмосферы в тех случаях, когда метеорологические условия способствуют застою воздуха над городом. При изменении температуры туман, загрязненный дымом (смог), вызывает раздражение слизистых оболочек глаз. Вдыхаемые жидкие и твердые частицы размером 0,6-1,0 мкм достигают альвеол и абсорбируются в крови и накапливаются в лимфатических узлах. Признаки и последствия воздействия загрязнителей воздуха на организм человека большей частью проявляются в ухудшении общего состояния здоровья: появляются головные боли, тошнота, чувство слабости, снижается или теряется трудоспособность.

Что же касается ситуации с загрязнением воздуха в Бишкеке в 2017 году, то загрязнение атмосферного воздуха диоксидом серы невысокое. Уровень загрязнения атмосферы формальдегидом в центральной части города повышенный. Загрязнение атмосферного воздуха аммиаком невысокое и не превышает допустимых норм.

Необходимо отметить опасения специалистов, которые утверждают, что смог вызывает заболевания дыхательных путей, а также приводит к онкологии и аллергии.

Качество атмосферного воздуха в городе. Учет факторов качества атмосферного воздуха, особенно в населенных пунктах, является важным элементом для формирования социально-экономической политики. Он дает возможность оценить как состояние окружающей среды с точки зрения качества атмосферного воздуха, так и негативное воздействие повышенных концентраций загрязняющих веществ в приземном слое атмосферы, оказывающих разностороннее негативное воздействие на здоровье человека, растительность и материалы.

**Заключение.** Загрязнение атмосферы является одной из постоянно действующих прямых угроз продолжительности жизни и здоровья человека. В последние годы экологическая ситуация в Центральной Азии ухудшается и становится очагом экологической опасности. Изучение состояния окружающей среды ЦА показало, что локальные и региональные источники загрязнения, связанные с природными и техногенными катастрофами, могут перерасти в глобальный характер. Многие проблемы загрязненности атмосферного воздуха, водных бассейнов, ледников, почвы в ЦА являются трансграничными, причины их возникновения – производственное, сельскохозяйственное и коммунально-бытовое загрязнение. В процессе анализа экологической ситуации в ЦА особое внимание уделено вопросам влияния неблагоприятной окружающей среды и радиоактивных отходов на здоро-

вье населения. Приведены данные о токсичности тяжелых и радиоактивных металлов, попадающих в организм человека по миграционной цепочке воздух→вода→почва→растения→животные→человек, вызывающих нарушение его здоровья. Подтверждены выводы специалистов о том, что если сегодня не принять действенных мер по оздоровлению экологии, то завтра этот научно-технический прогресс и высокие технологии вряд ли будут нужны человечеству. А для решения этих задач необходимо:

- оценить степень радиационной опасности существующих хвостохранилищ и радиоактивных отходов;
- устранить распространение радиации в окружающую среду;
- проводить постоянный медицинский контроль и наблюдение за состоянием здоровья населения, проживающего на территории радиоактивных загрязнений;
- доказать целесообразность переноса мест захоронения радиоактивных отходов в экологически безопасные участки;
- утвердить статус особо опасных радиоактивных зон в странах ЦА на государственном уровне;
- проводить постоянный радиационный мониторинг;
- провести ревизию нормативно-правовой документации, обеспечивающей радиационную безопасность в ЦА;
- усовершенствовать и активизировать работу управления государственных структур, ответственных за радиационную и экологическую безопасность в странах ЦА;
- улучшить экологическое образование с целью развития нового отношения к окружающей среде, ее природному и общественному элементу; обучать детей и молодежь основам экологических знаний на стадиях начального, среднего и специального образования.

Для осуществления указанных выше проблем и реализации экологической политики в Кыргызстане создана законодательная база, приняты многочисленные нормативно-правовые акты. Процесс интеграции международных норм в национальное законодательство постоянно совершенствуется. Кыргызстан принимает активное участие в международном, субрегиональном, региональном и двустороннем сотрудничестве в решении проблем в области окружающей среды.

#### *Литература*

1. Н.Н. Малюкова, А.С. Султанкулова, З.Ш. Шаршеналиева. *Окружающая среда и здоровье населения*
2. *Отчет по показателям воздуха и качества воды в Кыргызстане компонент MONECA проекта FLERMONECA.*
3. *Национальный доклад о состоянии окружающей среды 2001-2003 гг.*
4. *Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы Кыргызской Республики (1997-2001 годы).* / Под ред. Штейнке Л.В., Абдикаримов С.Т., Давыдова Л.Н и др. Бишкек, 2002: 80.

## **ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ МЕЛКОГО РОГАТОГО СКОТА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ**

**Джангазиева А.А.<sup>1</sup>, Джакыпбекова Г.З.<sup>1</sup>, Бектурдиев К.Б.<sup>2</sup>, Окенаева А.<sup>1</sup>,  
Касымова Б.<sup>1</sup>, Нурланбек к. Н.<sup>1</sup>**

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

Государственная инспекция по ветеринарной и фитосанитарной безопасности  
при Правительстве Кыргызской Республики<sup>2</sup>.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье дана характеристика динамики заболеваемости бруцеллезом людей после внедрения в 2010 году вакцинации мелкого рогатого скота (МРС) в Кыргызской Республике. Отсутствие вакцинации крупного рогатого скота (КРС) поддерживает заболеваемость на все еще высоком уровне, о чем свидетельствует повышение острых форм бруцеллеза в последние два года. Клиническая картина изучалась на примере, госпитализированных пациентов в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) г. Бишкек.

**Ключевые слова:** бруцеллез, эпидемиология, клиника, вакцинация сельскохозяйственных животных, заболеваемость.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ КОЙ ЖАНА ЭЧКИЛЕРДИН ЭМДООСУНУН  
АДАМДАРДЫН БРУЦЕЛЛЕЗУНУН КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК  
БАГЫТЫНА ТААСИРИ**

**Джангазиева А.А.<sup>1</sup>, Джакыпбекова Г.З.<sup>1</sup>, Бектурдиев К.Б.<sup>2</sup>, Окенаева А.<sup>1</sup>,  
Касымова Б.<sup>1</sup>, Нурланбек к. Н.<sup>1</sup>,**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Жугуштуу оруулар кафедрасы<sup>1</sup>**

**Кыргыз Республикасынын Окмөтүнө караштуу ветеринардык жана  
фитосанитардык коопсуздук боюнча мамлекеттик инспекциясы<sup>2</sup>  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

**Корутунду:** Бул макалада Кыргыз Республикасында 2010-жылдан баштап кой жана эчкилердин эмдөөсү киргизилгенден кийин адамдардын бруцеллез оорусунун динамикасынын мүнөздөмөсү берилген. Бодо малдын эмдөөсүнүн жоктугу дагы эле ооруну бийик деңгелде колдоп турат, ал жөнүндө акыркы эки жылда бруцеллездин өтө курч формаларынын осүшүү далилдейт. Бишкек шаарындагы Республикалык клиникалык жугуштуу орууканасынын (РКЖО) жаткан орулуулардын мисалында клиникалык көрүнүшү изилделген.

**Негизги создор:** бруцеллез, эпидемиологиясы, клиникасы, айыл-чарба малдын эмдөөсү, ооруп калуу.

**THE IMPACT OF SMALL-HORNED CATTLE VACCINATION IN THE KYRGYZ REPUBLIC  
ON CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL COURSE OF BRUCELLOSIS IN PEOPLE**

**Dzhangazieva A.A.<sup>1</sup>, Dzhakypbekova G.Z.<sup>1</sup>, Bekturdiev K.B.<sup>2</sup>, Okenaeva A.<sup>1</sup>,  
Kasymova B.<sup>1</sup>, Nurlanbek kyzy N.<sup>1</sup>**

**I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Infectious Diseases Department<sup>1</sup>**

**State Veterinary and Phytosanitary Safety Inspection under the Government of Kyrgyz Republic<sup>2</sup>  
Bishkek, Kyrgyz Republic**

**Summary:** In the article the characteristics of the dynamics of the incidence of brucellosis in people after the implementation in 2010 of vaccination of small ruminants (sheep and goats) in the Kyrgyz Republic. The absence of vaccination of cattle maintains the disease at a still high level, as evidenced by the increase in acute forms of brucellosis in the last two years. The clinical picture was studied on the example of hospitalized patients in the Republican clinical infectious diseases hospital in Bishkek.

**Key words:** brucellosis, epidemiology, clinic, vaccination of farm animals, morbidity.

**Актуальность.** Бруцеллез остается одной из наиболее распространенных инфекционных болезней в группе особо опасных зоонозов. Заболевание характеризуется полиорганным поражением с преимущественным вовлечением опорно-двигательного аппарата, нервной, половой систем и высокой потенциальной возможностью перехода в хроническую форму. Социально-экономическая значимость проблемы бруцеллеза у человека обусловлена развитием хронических форм с высоким риском развития стойкой полной или ограниченной утраты трудоспособности, а также основным поражением трудоспособного населения [1].

По данным экспертов комитета ВОЗ по бруцеллезу, болезнь распространена практически во всем мире (в 155 странах), в том числе и в таких развитых странах как США, Франция, Канада, Австралия, Италия, Испания. В 1990-е годы обострились эпизоотическая и эпидемическая ситуация по бруцеллезу в странах СНГ и России в результате социально-экономических преобразований, в частности, интенсивного процесса приватизации в сельском хозяйстве.

Для Кыргызской Республики (КР) проблема бруцеллеза была и остается актуальной. Заболевание людей бруцеллезом является индикатором неблагополучия по бруцеллезу сельскохозяйственных животных [2]. В связи с чем, большое значение для профилактики бруцеллеза, имеет повсеместная вакцинация крупного и мелкого рогатого скота.

**Цель исследования:** Определить влияние вакцинации мелко-рогатого скота в Кыргызской Республике на динамику заболеваемости бруцеллезом у людей и изменение клинико-эпидемиологической структуры.

**Объект исследования:** ретроспективный анализ 107 больных с бруцеллезом, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в период с 2015 по 2017 гг., а также больных с бруцеллезом, обратившихся в амбулаторно-диагностическое отделение (АДО) РКИБ (n=278) и приемное отделение (ПО) РКИБ (n=195). Статданные Кыргызского научно-исследовательского института ветеринарии им. А. Дуйшеева при КНАУ им. Скрябина, Республиканского центра ветеринарной диагностики и Управления по контролю здоровья животных (годовые отчеты районных ветеринарных управлений).

**Методы исследования:** Диагностику бруцеллеза проводили на основании клинических данных, эпидемиологических сведений и результатов лабораторных исследований (реакции агглютинации Хеддельсона-Райта). Оценку достоверности различий полученных результатов проводили, используя программу Excel 2010.

**Краткие результаты исследования, ожидаемый эффект:**

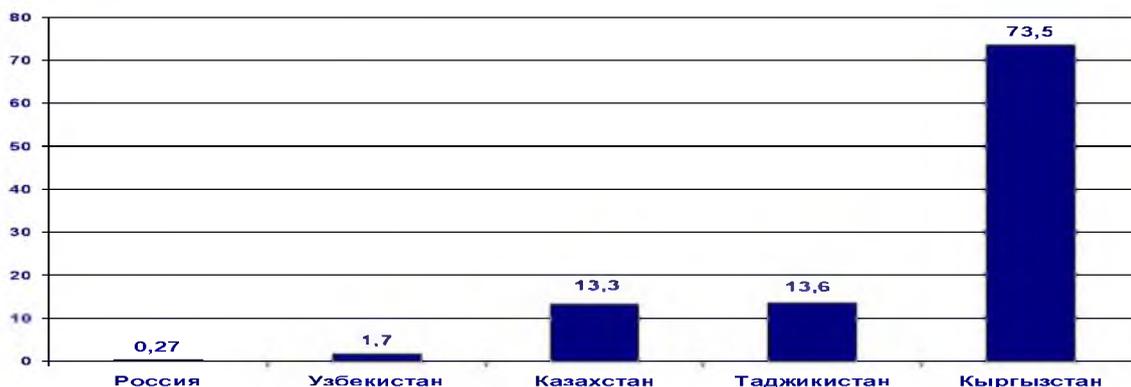


Рис. 1. Заболеваемость людей бруцеллезом в странах СНГ за 2011 год.

Среди стран СНГ Кыргызская Республика занимает лидирующее положение по заболеваемости бруцеллезом и как показывают статистические данные за 2011 год интенсивные показатели на 100 тыс. населения составили 73,6‰, что во много раз превышает заболеваемость в России, Казахстане, Узбекистане и Таджикистане (рис.1). Начатая работа ветеринарной службы КР в 2010 г., в рамках Проекта Всемирного Банка Сельскохозяйственных инвестиций и услуг (ПСИУ), при содействии Швейцарского Красного Креста и других иностранных инвесторов путем применения иорданской вакцины REV-1 конъюнктивальным методом среди МРС позволила значительно снизить заболеваемость, что наглядно представлено на рис. 2. Вакцинации был подвержен только лишь мелко-рогатый скот, как основной источник заболевания.



Рис. 2. Динамика заболеваемости бруцеллезом в КР 2000-2017 гг.

По статистическим данным заболеваемость бруцеллезом в КР в последние два года вновь стала иметь тенденцию к повышению, в связи с чем были рассмотрены показатели многолетней динамики заболеваемости бруцеллезом в разрезе областей для выявления наиболее неблагоприятных регионов.

Как видно из таблицы 1, начиная с 2012 года заболеваемость бруцеллезом людей в КР стремительно снизилась, почти в 5 раз с 4405 (2011 г.) до 911 (2015 г.) случаев. Однако, начиная с 2016

года (15,2%) наблюдается умеренный рост, а в 2017 году (16,4%), что показывает увеличение на 7,9%. Высокий уровень заболеваемости отмечен в Нарынской (144 сл.), Иссык-Кульской (111 сл.), Баткенской (56 сл.) и Ошской (157 сл.) областях. Снижение наблюдается только в Таласской области и в г. Бишкек на 25 и 15 случаев соответственно.

Таблица 1

Динамика заболеваемости людей бруцеллезом за 2008-2017 годы по областям КР

Регионы	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всего
Баткен	368	284	367	680	204	51	60	60	52	56	2523
Жалалабад	1101	1146	1323	1452	832	484	397	327	338	324	8346
Иссык-Куль	593	550	596	510	256	158	158	122	92	111	3655
Нарын	434	436	225	220	123	101	104	106	87	144	2321
Ошск. обл	466	452	463	555	237	194	152	99	88	157	3395
Талас	289	252	326	276	208	177	99	72	70	45	2062
Чуй	397	370	460	407	193	114	97	76	116	116	2669
г. Бишкек	95	76	205	208	116	26	23	15	49	34	899
г. Ош	72	46	26	80	103	63	32	26	30	22	558
МВД				14	23	5	2	7	3	3	54
ГУИН				3	1	2		1			7
<b>КР:</b>	<b>3815</b>	<b>3612</b>	<b>3991</b>	<b>4405</b>	<b>2296</b>	<b>1375</b>	<b>1124</b>	<b>911</b>	<b>925</b>	<b>1012</b>	<b>26489</b>

Согласно статданным Кыргызского научно-исследовательского института ветеринарии заболеваемость бруцеллезом сельскохозяйственных животных в КР также возросла за последний год. За 2017 год по республике исследовано сыворотки КРС с положительными результатами 3432 анализов на бруцеллез против 3205 в 2016 году. Положительно реагирующие на бруцеллез КРС выявлены во всех регионах, наиболее высокие показатели: 1086 голов в Чуйской, 1000 – в Иссык-Кульской и 662 – в Нарынской областях. Среди МРС выявлено положительно реагирующих по республике 163 голов против 74 в 2016 году.

Учитывая, выше проведенный анализ возросшей заболеваемости бруцеллезом у людей за последний год, было решено изучить клиническую картину на примере пациентов, обратившихся с диагнозом «бруцеллез» в РКИБ. Проанализированные нами больные по возрастному составу распределились следующим образом: 58% составили лица старше 31 года, т.е. трудоспособное население, 30% составили молодые люди от 15 до 30 лет, 9% – школьники от 7 до 14 лет и 3% – дети 0-6 лет. Такое распределение показывает, что взрослое населения больше привлекается к уходу и контакту с сельскохозяйственными животными. Это наносит огромный социально-экономический ущерб и является еще одним из актуальных аспектов данного заболевания. Социальная занятость пациентов показала, что больше всего инфицированных среди не работающих – 159 человек, что составило 63%, в этот контингент вошли пенсионеры, домохозяйки, занятые в уходе за скотом. Печален тот факт, что среди заболевших 14% оказались школьниками и 2% детей дошкольного возраста, что говорит о вовлечении детей в уход за скотом. Низкая заболеваемость студентов объясняется тем, что они не имеют контакта со скотом в связи с отъездом на учебу в города (рис. 3).

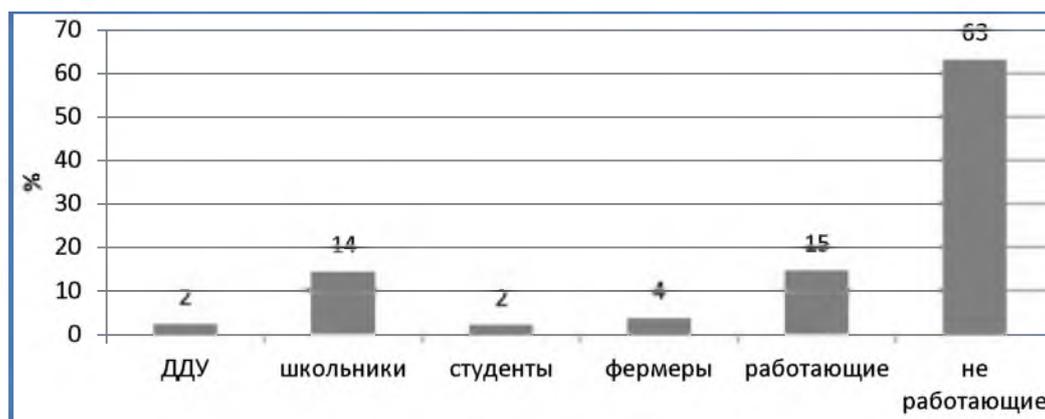


Рис.4. Распределение пациентов по социальной занятости, РКИБ, 2015-17 гг.

Особых изменений в сезонности нет. Пик заболеваемости по-прежнему приходится в период с февраля по май месяцы и традиционно совпадает с периодом окота у животных. Гендерное распределение пациентов составило: 36,9% женщин, 63,1% – мужчин, что показывает большую занятость сельским хозяйством мужского населения. По территории проживания – 77% из обратившихся в РКИБ были жители сельской местности, городских 15% и 8% жители новостроек, что совпадает с динамикой заболеваемости по регионам.

Нами были изучены клинические формы у госпитализированных в РКИБ пациентов после начатой кампании вакцинации МРС за 2011-2012 гг. [3].

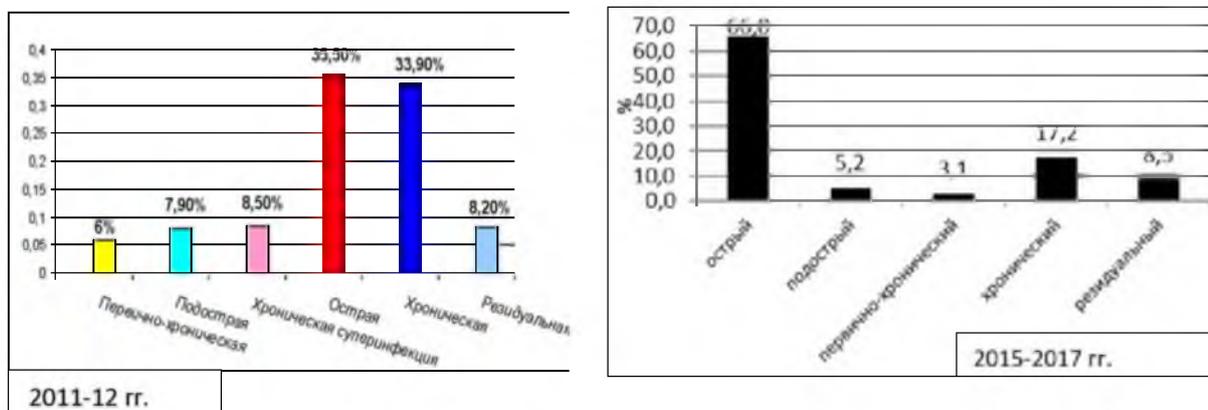


Рис. 5 Клинические формы бруцеллеза, среди госпитализированных, в 2011-12 гг., РКИБ (n=318) и в 2015-17 гг. (n=580)

Проведен сравнительный анализ клинических форм и проявлений в период возросшей заболеваемости в 2016-2017 гг., относительно 2011-12 гг., когда кампания по вакцинации МРС была только начата (рис.5). За последние годы возросло число острых форм бруцеллеза до 66% против 33,5% в 2011-2012 гг., и пропорциональное снижение хронических форм заболевания до 17,2% против 33,9% соответственно, что говорит об ослаблении противоэпизоотических мероприятий среди скота и роста заболеваемости среди людей. Повышение острых форм ( $P < 0,001$ ) и снижение хронических форм ( $P < 0,001$ ), достоверно подтверждено статистически (табл.2).

Таблица 2

Сравнительный анализ клинических форм бруцеллеза людей, среди пациентов РКИБ за 2011-12 гг. и 2015-17 гг.

Клинические формы	2011-12 гг. (n=318)	2015-17 гг. (n=580)	ДИ	t	P
Острая	35,5%	66%	62,1-69,9	9,2	<0,001
Подострая	7,9%	5,2%	3,4-7,0	1,5	>0.05
Первично-хроническая	6%	3,1%	1,7-4,5	1,9	>0.05
Хроническая	33,9%	17,2%	28,7-39,1	5,4	<0,001
Резидуальная	8,2%	8,5%	6,2-10,8	0,2	>0.05

При изучении клинических проявлений из табл.3 видно, что при хронических формах основной мишенью является поражение опорно-двигательного аппарата: у 100% отмечались артралгии, у 64% сопровождались нарушениями функции суставов, у 38% отмечались воспалительные изменения в суставах (артриты, бурситы, синовиты), у 18% поражение периферической нервной системы в виде сакроилеита. При всех клинических формах отмечались изменения в органах РЭС системы, но наиболее чаще при остром течении, где гепатомегалия составила 41%.

Соотношение клинических признаков в зависимости от форм заболевания

Клинические проявления	острый бруцеллез (n= 383)	подострый бруцеллез (n= 30)	хронический бруцеллез (n= 100)
гипертермия	64%	64%	64%
озноб	60%	45%	73%
гипергидроз	75%	55%	91%
слабость, вялость	98%	91%	91%
головные боли	33%	27%	45%
тошнота, рвота	8%	9%	9%
снижение аппетита	88%	55%	73%
лимфоаденопатия	54%	27%	64%
артралгии	86%	82%	100%
нарушение функции суставов	56%	36%	64%
внешние изменения суставов	16%		36%
артриты, бурситы, синовиты	26%		36%
радикулиты, невриты	5%		
миалгии	5%		
сакроилеит	12%	9%	18%
поражение мочеполовой системы	18%	36%	9%
гепатомегалия	41%	36%	27%
спленомегалия	6%		9%
снижение веса	4%		
менингеальные знаки	4%	18%	

У 88% пациентов диагноз подтвержден реакцией агглютинации Райта в диагностических титрах. При серологическом исследовании 3,7% пациентов оказались серонегативными, но имели клинико-эпидемиологические признаки бруцеллеза и по срокам заболевания соответствовали поставленному диагнозу. Анализ антибактериальной терапии больных показал, что врачи в 62%, при острых формах бруцеллеза придерживались рекомендаций клинического протокола, что выразилось в положительной динамике у больных.

#### **Заключение:**

Таким образом, учитывая возрастание динамики заболевания бруцеллезом людей в КР за 2017 год (n=1012) и увеличение доли острых форм бруцеллеза за период с 2015- по 2017 гг. (66%) и уменьшение доли хронических форм (17,2%) говорят о статистически значимом ( $p < 0,001$ ) свежем инфицировании людей и соответственно высокой эпизоотии, что обуславливает необходимость усиления противоэпизоотических мероприятий среди сельскохозяйственных животных.

#### **Список использованной литературы:**

1. И.В. Санникова, О.В. Махина, В.В. Малеев. Бруцеллез в Ставропольском крае: результаты 15-летнего наблюдения эпидемиологических и клинических особенностей, журн. //Терапевтический архив. - 2015. - №11. - стр. 11-17.
2. В.Х. Фазылов, Ф.С. Гилмуллина, А.И. Загидуллина, и др. Диагностика и лечение хронического бруцеллеза в реальной практике //Практическая Медицина. - 2014. - №7(83). - стр. 75-78.
3. К. Халилов, А.А. Джангазиева, К.Б. Бектурдиев. Оценка современного состояния клинико-эпидемиологической ситуации по бруцеллезу // «Вестник КГМА». - 2014. - №4. - стр. 111-117.
4. Бюллетень СЭС и ЗН ДПЗ и ГСЭН за 2015-2017 гг.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ПО ЧЕСОТКЕ ЗА 2000-2016 ГОДЫ

Усубалиев М.Б., Исламова Г.Р.  
Республиканский Центр Дерматовенерологии  
г. Бишкек, Кыргызстан

**Актуальность.** Распространенность и осложнения чесотки делают ее важной проблемой общественного здравоохранения в развивающемся мире с непропорциональным числом у детей, живущих в бедных, переполненных районах. Точное количество зараженных случаев во всем мире неизвестно, но, по оценкам оно составляет до 300 миллионов в год. Распространенность чесотки раньше считалась цикличной, но исследования, свидетельствующие о длительной заболеваемости, свидетельствуют о том, что эпидемии и другие наблюдаемые флуктуации являются многофакторными, связанными с социальными и экологическими изменениями, такими как военное время, перенаселенность и климатические изменения. Среди медицинских факторов важная роль в распространении инфекции принадлежит ошибкам в диагностике заболевания, неполному привлечению к обследованию и лечению источников заражения и контактных лиц. Слабо привлекаются к выявлению чесотки медицинские работники первичного звена (участковые терапевты, педиатры, врачи общей практики), а также детских дошкольных учреждений, школ- интернатов, домов престарелых и др. В Кыргызской Республике интенсивный показатель заболеваемости чесоткой из года в год снижается. Однако официальная статистика не отражает истинную эпидемиологическую картину. На это указывает сопоставление числа зарегистрированных случаев с объемом реализованных скабицидов на одного пациента. Так в Кыргызской Республике с начала 2017 года по 2018 год завезено 77300 упаковок только одного лекарственного средства- бензилбензоата

**Цель исследования:** провести анализ эпидемиологической обстановки по чесотке в Кыргызской Республике за 2000-2016 годы.

**Материалы и методы исследования.** Статистическая отчетная форма №9 «Сведения о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем и заразными кожными болезнями».

**Результаты и их обсуждение.** За период с 1990 по 2016 годы, интенсивный показатель заболеваемости чесоткой достигал наивысшего значения в 1997 году (ИП-76,9), и за 2000-е годы оставался на стабильно низком уровне с некоторыми вариациями (Рис. 1).

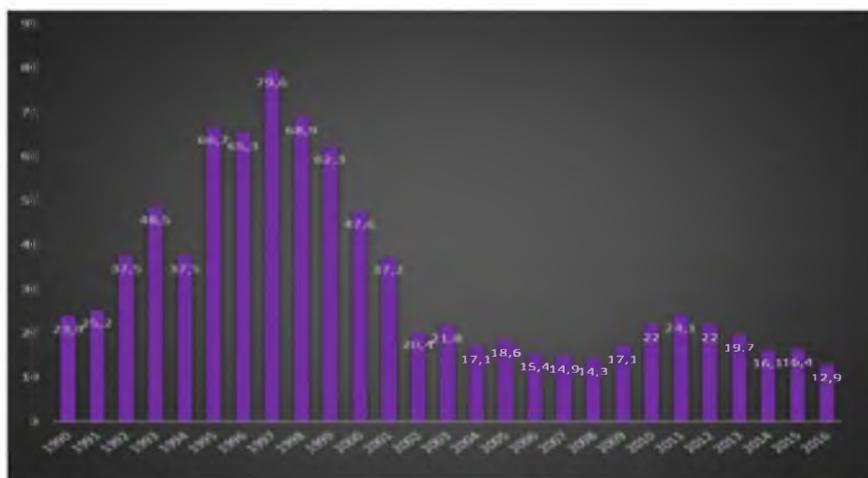


Рис. 1. Динамика заболеваемости чесоткой за 1990-2016 годы.

Сравнительные данные заболеваемости по областям, свидетельствуют о том, что лидирующее положение занимают Иссыккульская (ИП 44,8) и Баткенская области (ИП 44,3). Наименьший ИП показатель относится к Ошской области (ИП 12,2) (Рис. 2, 3).

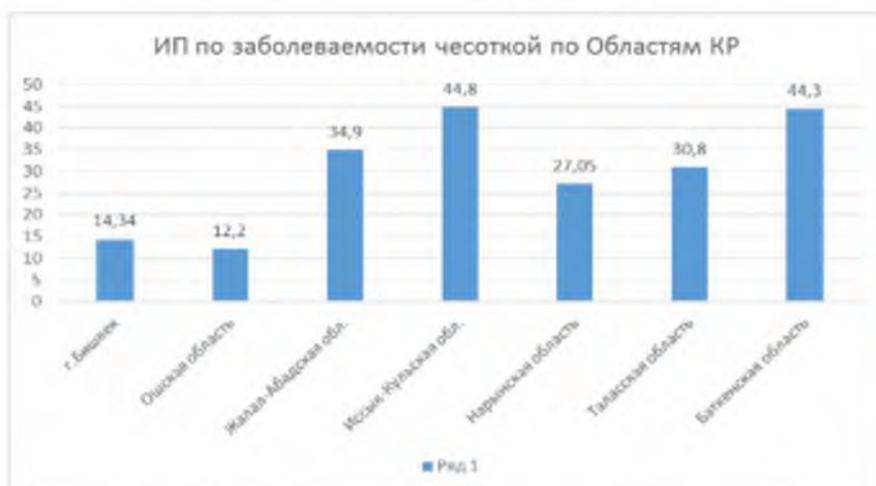


Рис. 3. ИП по заболеваемости чесоткой по Областям КР.

Максимальный уровень заболеваемости приходился на детей с 7 до 14-ти лет (ИП 30,5), минимальный – на взрослых от 40 и более лет (ИП 5,1) по интенсивному показателю (рис. 4).

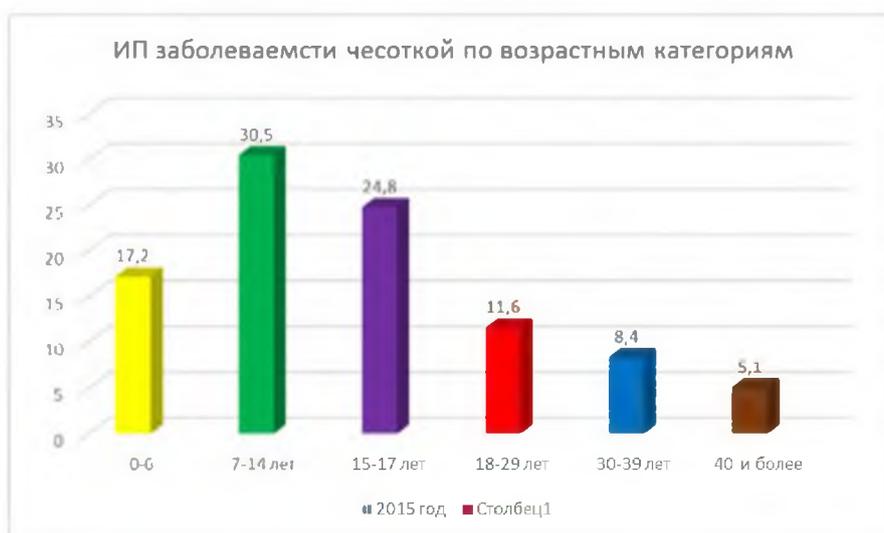


Рис. 4. ИП заболеваемости чесоткой в 2015 и 2016 году по возрастным категориям.

Самая высокая частота заболеваемости чесоткой зарегистрирована в сельской местности (13,2), что в 1,5 раза больше по сравнению с заболеваемостью в городах (8,6) (Рис. 5).

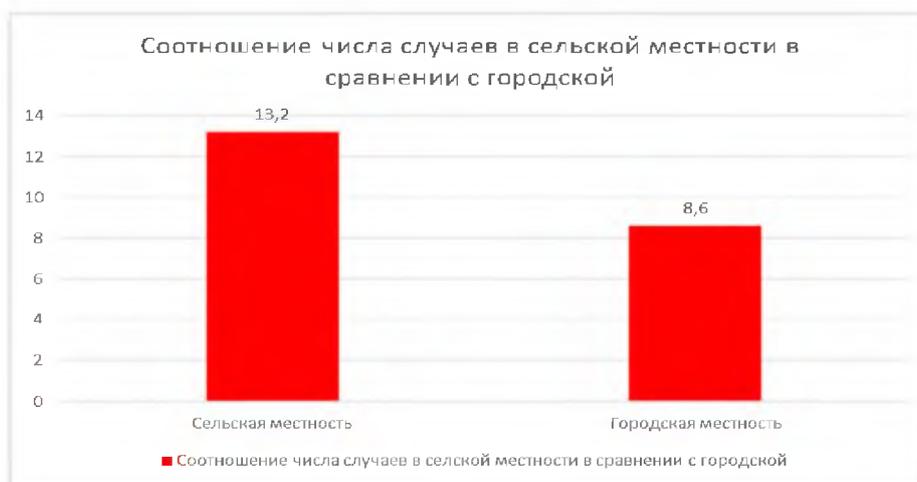


Рис. 5. Сравнительные данные по количеству больных по сельской и городским местностям.

По половой принадлежности данные не сильно разнятся. Женщины (49,2%), мужчины (50,2%) (Рис. 6).



Рис. 6. Разделение больных по полу.

### Выводы

Современная эпидемиологическая обстановка по заболеваемости чесоткой характеризуется тенденцией к снижению официально регистрируемых показателей. Базисный пласт заболевших – люди, имеющие прописку. Среди них по половому признаку отличий нет. Основная возрастная группа – дети с 7 до 14 лет. Лидирующую позицию по заболеваемости чесоткой в КР занимает сельская местность. Данные по областям указывают на две основные области – Иссыккульскую и Баткенскую.

## АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ СМЕРТЕЛЬНЫХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ ПО ДАННЫМ РЦСМЭ МЗ КР ЗА 2014-2016 г.г.

Токтосун у Б., Е.А. Пак., Б.Н. Айтмырзаев

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

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

Кафедра судебной медицины и права

(заведующий кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев. М.Ш.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье дается анализ частоты и структуры смертельных дорожно - транспортных происшествий. Установлено, что из 4438 (100%) исследованных трупов за 2014-2016 г.г. в результате ДТП погибло 175 человек (3,9%). Среди погибших от ДТП в 109 случаях (62,3%) составили мужчины, и в 66 случаях (37,7%) – женщины. Анализ показал, что от ДТП чаще погибают люди молодого и трудоспособного возраста от 17 до 66 лет (144 случая, 82,1%). Нередко в крови у умерших от ДТП обнаруживался алкоголь (56 случаев – 32,0%).

**Ключевые слова:** Дорожно-транспортные происшествия, алкоголь, причина, судебно-медицинская экспертиза.

## 2014-2016-ж.ж САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИН РСМЭБнун КАТТООСУНАН АЛЫНГАН ЖОЛ КЫРСЫКТАРЫНЫН КЕСЕПЕТИНЕН КЕЛИП ЧЫККАН ОЛҮМДӨРДҮН СТРУКТУРАЛАРЫ ЖАНА АНАЛИЗИ

Токтосун у Б., Е.А. Пак., Б.Н. Айтмырзаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

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

Соттук медицина жана укук кафедрасы

(кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада 2014-2016-ж.ж. КР Саламаттыкты Сактоо Министрлигинин РСМЭБнун каттоосундагы жол кырсыктарынын кесепетинен өлүмгө алып келген учурлардын структуралары жана анализдери көрсөтүлөт. Бардык өлүмдөрдүн 4438 (100%) ичинен 175 (3,9%) өлүмдүн окуясы жол кырсыктарынын кесепетинен болоору изилдөөнүн алкагында аныкталды. Анын ичинде эркек киши-

лердин өлүмү боюнча 109 окуя (62,3%) катталган болсо, аял кишилердин өлүмү боюнча 66 окуя (37,7%) катталган. Ошондой эле жаш балдардын жана өспүрүмдөрдүн 17-26 жаштардагылардын 36 (20,5%) окуясы кездешет. Ал эми, ишке жөндөмдүүлөрдүн арасынан 17 жаштан 66га чейинкилердин 144 окуясы (82,1%) катталган. Көпчүлүк учурда 175 (100%) жабырлануучунун арасынан 56сынын канынан (32,0%) спирттик ичимдик (алкоголь) табылган.

**Негизги сөздөр:** Унаа-жол кырсыктарынын окуялары, ичимдик, себептери, жабырлануучулардын жаракаттары, соттук-медициналык экспертиза.

## ANALYSIS OF THE CAUSES OF DEATH FROM ROAD ACCIDENTS ACCORDING TO THE DATA OF THE MINISTRY OF HEALTH CARE OF THE KYRGYZ REPUBLIC FOR THE PERIOD OF 2014-2016

**Toktosun u B., E.A. Pak., B.N. Aitmyrzaev**

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Ahunbaev

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

Department of forensic medicine and law

(the head of the department – d.m.s., professor Mukashev M.Sh.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The article gives an analysis of the frequency and structure of deadly road - traffic accidents according to the data of the RCSMM Ministry of Health of the Kyrgyz Republic for 2014-2016. It was found that the incidence rate of an accident during the study period was 175 cases (3,9%) of all deaths during the study period, totaling 4,438 (100%). Of these, for males, there are 109 cases (62,3%), for women, 66 cases (37,7%). It can also be noted the frequent mortality of young people aged 17-26 years 36 (20,5%) cases for the study period, as well as people of working age from 17-66 years 144 cases (82,1%). Often alcohol is also found in the blood, 56 cases (32,0%) of 175 (100%) for the study period.

**Keywords:** Traffic accidents, alcohol, reason, forensic-medical examination.

Насильственная смерть в результате механической травмы занимает основной объем работы судебного медика и требует особого внимания при производстве данной экспертизы. Изучение ее имеет определенный интерес в судебно-медицинской практике и, безусловно, необходимо для анализа преступности. Как показывает судебно-медицинская экспертная практика, повреждения от механической травмы наиболее часто встречаются в результате дорожно-транспортных происшествий, от действия тупого твердого предмета, остро-режущих предметов, огнестрельных поражающих факторов, а также при падениях с высоты. При этом люди погибают от полученных, несовместных, с жизнью повреждений. Чаще всего это тяжелые черепно-мозговые травмы или же сочетанные повреждения головы, туловища и конечностей. В связи с постоянным ростом количества насильственной смерти, возрастает и актуальность изучения проблем механической травмы [1,2].

Согласно литературным и данным, основной причиной автоаварии являются нарушение правил дорожного движения либо водителями, либо пешеходами. В частности:

- превышение скоростного режима;
- несоблюдение дистанции;
- проезд на запрещающий сигнал светофора;
- несоблюдение дорожных знаков и разметки;
- выезд на встречную полосу;
- нередко, когда водитель, совершивший автоаварию, или пешеход находился в состоянии алкогольного опьянения [3,4].

В сообщениях на заседании комиссии по обеспечению дорожной безопасности отмечается о том, что за 11 месяцев 2017 года в Кыргызстане зарегистрировано 5 тыс. 932 дорожно-транспортных происшествия. Указывается также, что из общего числа ДТП 629 являются со смертельным исходом. За аналогичный период 2016 года было зарегистрировано 711 подобных ДТП [5].

В настоящее время при проведении судебно-медицинской экспертизы при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), в том числе и автомобильной травме, перед судмедэкспертами ставится задача оказания помощи судебно-следственным органам в определении характера травматических повреждений и условий их образования. Каждый из этих случаев имеет свои сложности решаемых задач и требует выполнения определенного объема экспертного исследования [1,4].

Поэтому целью нашей работы явилось исследование частоты и структуры смертельных случаев дорожно-транспортных происшествий путем анализа судебно-медицинских экспертных данных за 2014-2016 г.г. по материалам РЦСМЭ МЗ КР.

Нами был изучен секционный материал РЦСМЭ МЗ КР за 2014-2016 г.г. с целью выяснения частоты и структуры смертельных случаев придорожно-транспортных происшествий. В данном сообщении нами рассматривались такие вопросы как:

- соотношение смертельных исходов при ДТП за 2014-2016 годы;
- соотношение травматических повреждений по половому признаку;
- соотношение по возрастной категории;
- наличие или отсутствие алкоголя в крови пострадавших в результате аварии.

Таблица 1

Годы	Всего трупов	Из них ДТП
2014	1594 (100%)	55 (3,4%)
2015	1451 (100%)	74 (5,09%)
2016	1393 (100%)	46 (3,3%)
Всего	4438 (100%)	175 (100%)

Изучение данных архивного материала свидетельствует, что из 4438 исследуемых трупов за 2014-2016 годы в результате аварии погибло 175 человек (табл. 1). Наибольшее количество смертельного исхода от аварии имело место в 2015 году (74 случая – 5,09%), затем в 2014 (55 случаев – 3,4%), в 2016 (46 случаев – 3,3%).

При анализе и сопоставлении случаев летального исхода от дорожно-транспортного происшествия между мужчинами и женщинами по годам, наибольшее количество (62,3%) смертности встречается среди мужчин. Особенно этот показатель высок в 2015 году (табл. 2). Из общего числа погибших от механической травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, подавляющее большинство составляли лица мужского пола – 109 (62,3%), а женского пола 66 случаев, (37,7%) (табл. 2).

Таблица 2

Год	Пол		Всего
	Муж	Жен	
2014	26	29	55
2015	51	23	74
2016	32	14	46
Всего	109 (62,3%)	66 (37,7%)	175 (100%)

Таблица 3

Год	0-16	17-26	27-36	37-46	47-56	57-66	67 и выше	Всего
2014	3	15	13	7	8	4	5	55
2015	5	14	10	19	13	8	5	74
2016	7	7	7	9	3	7	5	46
Всего	15 (8,5%)	36 (20,5%)	30 (17,1%)	35 (20,0%)	24 (13,7%)	19 (10,8%)	15 (8,5%)	175 (100%)

Необходимо отметить, что в ДТП чаще всего погибают люди молодые и трудоспособного возраста от 17 до 66 лет (табл. 3). Из таблицы следует, что наибольшее количество умерших при ДТП отмечалось в 2015 году, как среди мужского, так и женского пола.

Частота встречаемости наличия алкоголя в крови при смерти  
от дорожно-транспортных происшествий

Степени алкогольного опьянения	2014	2015	2016	Всего по степени
Отсутствие влияния 0,3%	-	-	-	-
Незначительное влияние 0,3-0,5%	1	4	-	5 (8,9%)
Легкое опьянение 0,5-1,5%	4	9	3	16 (28,5%)
Средней степени опьянение 1,5-2,5%	2	8	8	18 (32,1%)
Сильное опьянение 2,5-3,5%	2	3	2	7 (12,5%)
Тяжелое отравление алкоголем 2,5-5,0%	4	2	4	10 (17,8%)
Смертельная доза и выше 5,0%	-	-	-	-
Всего погибших по годам	Из 55 погибших 13 (23,6%) случаев	Из 74 погибших 26 (35,1%) случаев	Из 46 погибших 17 (36,9%) случаев	Из 175 погибших 56 (32,0%) случаев

Эти данные совпадают с результатами исследований и других авторов [4,6].

Результаты анализа архивного материала показали, что в крови умерших при ДТП в 32,0% случаев в крови был обнаружен алкоголь. Как видно из таблицы, большинство пострадавших находились в состоянии средней степени алкогольного опьянения (в среднем 32,1%) (табл. 4).

Таблица 5

Частота причин смерти при ДТП

Причина смерти	2014	2015	2016	Всего
Повреждения головного мозга	28 (50,9%)	54 (72,9%)	24 (52,1%)	106 (100%)
Повреждения спинного мозга	4 (7,2%)	9 (12,1%)	10 (21,7%)	23 (100%)
Наружные и внутренние кровотечения	4 (7,2%)	7 (9,4%)	2 (2,7%)	13 (100%)
Травматический шок	12 (21,8%)	3 (4,05%)	5 (10,8%)	20 (100%)
Другое	7 (12,7%)	1 (1,3%)	5 (10,8%)	13 (100%)
Всего	55 (100%)	74 (100%)	46 (100%)	175 (100%)

Анализом также установлено, что причиной смерти пострадавших в 2014-2015-2016 г.г. в преобладающем большинстве случаев явилась черепно-мозговая травма. В том числе обширные повреждения вещества головного мозга (50,9%; 72,9% и 52,1% случаев соответственно) (табл. 5).

Таким образом, изученные данные позволяют сделать выводы: 1. Автотравматизму наиболее часто подвержены лица в возрасте 17-26 лет, (20,5%), затем – лица в возрасте 37-46 лет-35 случаев (20,0%); 2. Подавляющее большинство случаев составляют лица мужского пола-109 (62,3%); 3. Результаты анализа архивного материала показали, что в крови умерших при ДТП в 32,0% случаев в крови был обнаружен алкоголь; 4. Изучение смертности населения от насильственной, в том числе и механической травмы, является актуальной проблемой.

#### Литература:

1. Клевно. В.А. Новоселов. А.С. Анализ тупых сочетанных повреждений при автомобильной травме (по данным Алтайского краевого бюро судмедэкспертизы за 2000 год) // Современные вопросы судебной медицины: сборник статей. – Владивосток, 2001 – с. 92-99.
2. Солохин А.А. Судебно-медицинская экспертиза транспортной травмы // В кн. Второй Всесоюзный съезд судебных медиков. Минск. 1982. С. 253-256.
3. Судебно-медицинская экспертиза автомобильной травмы. // Избранные лекции по судебной медицине (судебно-медицинская травматология) / Л.М. Бедрин. – Ярославль: Ярославск. гос. мед. институт, 1989. – С.41-69.
4. Тхакахов. А.А. Судебно-медицинская диагностика видов автомобильной травмы по особенностям повреждений внутренних органов живота: Автореф... канд. мед. наук. – М.2000. -24 с.
5. Режим доступа [www.sputnik.kg](http://www.sputnik.kg), свободный. – Яз. рус. [https://ru.sputnik.kg/incidents/20171216/1036863123/] г. Бишкек 14-декабря 2017 г.
6. Анализ смертельной травмы по г. Барнаулу за 2009-2010 гг. / [Кошелева Л.Н.; Руднева Н.С.; Филиппов М.П. и др.]. Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики, Барнаул-Новосибирск, 2011. Вып.

**КЫРГЫЗСТАНДЫН ШАРТЫНДА ОРФАНДУУ (СЕЙРЕК КЕЗДЕШҮҮЧҮ) ООРУЛАРДЫ АНЫКТООНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН КӨЙГӨЙЛӨРҮ ГЕМОФИЛИЯНЫН МИСАЛЫНДА  
Турабеков Б.Т., Орозбаев Б.О., Нарбеков Т.О.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы.

Госпиталдуу терапия, профпатология жана гематология курсу.

Кыргыз Республикасы, Бишкек ш.

**Корутунду:** бул макалада кандын гемостаз системасына байланыштуу тубаса жана сейрек кездешүүчү – гемофилия менен ооруган бейтаптардын медициналык жана социалдык көйгөйлөрү чагылдырылган. Азыркы кезде орфандуу (сейрек) болуп эсептелген гемофилия дарты менен ооруган бейтаптардын саны, жылдан жылга көбөйүүдө. Ошол себептен бул бейтаптардын категориясына өзгөчө жана атайын медициналык иш чараларды өткөрүү саламаттыкты сактоо министрлигинин приоритеттүү маселелеринин бири болуп эсептелинет.

**Негизги сөздөр:** гемостаз, гемофилия, тубаса, орфандуу, өзгөчө жана атайын, приоритеттүү.

**АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОРФАННЫХ (РЕДКИХ) ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСТАНА НА ПРИМЕРЕ ГЕМОФИЛИИ**

**Турабеков Б.Т., Орозбаев Б.О., Нарбеков Т.О.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии.

Кыргызская Республика, г. Бишкек

**Резюме:** в этой статье изложены медицинские и социальные проблемы больных с редкой, врожденной патологией системы гемостаза – гемофилией. В настоящее время несмотря на то, что гемофилия является орфанной (редкой) болезнью, отмечается рост числа больных из года в год. Поэтому, приоритетными задачами современного здравоохранения является организация специальных медицинских мероприятий для данной категории больных.

**Ключевые слова:** гемостаз, гемофилия, врожденный, орфанный, приоритетными.

**THE URGENCY OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ORPHAN (RARE) DISEASES IN KYRGYZSTAN ON THE EXAMPLE OF HEMOPHILIA**

**Turabekov B.T., Orozbaev B.O., Narbekov T.O.**

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

Department of hospital therapy, occupational pathology with a course of hematology.

Kyrgyz Republic, Bishkek.

**Atracts:** this article outlines the medical and social problems of patients with a rare, congenital pathology of the hemostasis system – hemophilia. Currently, despite the fact that hemophilia is an orphan (rare) disease, there is an increase in the number of patients from year to year. Therefore, the priority tasks of modern health care is the organization of special medical events for this category of patients.

**Key words:** hemostasis, hemophilia, congenital, orphanic, priority.

**Кириш соз.**

Гемофилия – бул орфандуу, тукум-куума кан оорусу. Бул ооруда кандын уюшуна керектүү плазмалык факторлордун жетишсиздиги байкалат. Себеби кандын уюшуна керектүү факторлордун синтезделүүсүн камсыз кылган гендер жабыркайт. Ал гендер X хромосомасында жайгашкандыгына байланыштуу бул оору менен эркектер гана жабыркайт, ал эми аялдар оорунун генин алып жүрүшөт. Бул оорунун негизги клиникалык белгиси – геморрагиялык синдромдун гематомалык түрү. Бул оору ар түрдүү кан агуулар (мурун көңдөйүнөн, тиштин мүлкүнөн, бөйрөктөн ж.б), гематомалар (тери астында, булчуц ичинде жана булчуц араларында, ич көңдөйүндө), жана гемартроздор (тизе жана чыканак муундарында ж.б.) менен коштолот.

Кандын уюшуна катышкан факторлордун жетишсиздигине байланыштуу гемофилия оорусу 2 түргө бөлүнөт:

Гемофилия А түрү (VIII фактордун жетишсиздиги),

гемофилия В түрү (IX фактордун жетишсиздиги)

Бүткүл дүйнөлүк статистика боюнча гемофилиянын А түрү менен 10.000 жаңы төрөлгөн ымыркайдын 1 жабыркайт (1:10.000). Ал эми гемофилиянын В түрү менен 30.000-50.000 жаңы төрөлгөн ымыркайдын 1 жабыркайт.

Биздин өлкөдө гемофилия оорусу менен 350 адам катталган. Алардын 50% 16 жашка чейинки балдар түзөт. Эгерде статистикалык маалыматтарга таянсак биздин өлкөдө бейтаптардын саны 750 адамды түзүш керек эле.

Ошондуктан гемофилия оорусун аныктоо жана дарылоо биздин өлкөдө актуалдуу маселелердин катарын толуктайт.

Аныктоодогу көйгөйлөр:

1. Генетикалык анализдердин жоктугу:

А) *Пренаталдуу аныктоо* (амниоцентез, ВОХВ).

Б) Гемофилияга тийиштүү хромосомдордун аномалиясын ПЦР менен аныктоо (22-интрондун инверсиясы).

В) Гемофилия генин ташуучу аялдарды ПЦР менен аныктоо (СА13).

2. Гемофилияга байланыштуу рутиндик анализдердин жоктугу:

А) Гемофилиянын ингибитордук формасын аныктоо (аутоимундуу чатышкандык)

Б) Өлкөбүздүн алыскы аймактарында, райондук жана облустук ооруканалардын шартында плазмалык факторлорду аныктоо.

Дарылоодогу көйгөйлөр:

1. Гемофилия бейтаптары өмүр бою керектүү факторлорду (VIII, IX) колдонууга муктаж, бирок даарылардын өтө кымбаттуулугуна байланыштуу бейтаптар факторлор менен толук камсыз кылынбайт.

2. Алдын-алуу иш чаралары(профилактика) өткөрүлбөйт.

3. Бейтаптар хирургиялык, стоматологиялык жана реабилитацияга байланыштуу жардам ала алышпайт.

Ошондуктан даарынын жетишсиздигине байланыштуу гемофилия оорусу менен жабыркаган бейтаптардын өмүрү, дүйнөлүк статистика боюнча орточо эсеп 30 жашка чейин созулушу мүмкүн. Көбүнчө алардын өлүмүнө ар түрдүү кан агуулар себеп болот.

**Материалдар жана ыкмалар**

Улуттук Онкологиялык жана Гематология борборунда 135 бейтап гемофилия оорусу менен катталган. Алардын арасынан Гемофилия А түрүн – 115 бейтап, ал эми гемофилия В түрүн – 20 бейтап түзөт.

2012-жылдан баштап 2017-жылга чейинки аралыкта 97 бейтап аныктоодон өткөрүлдү. (Таблица 1.)

Таблица 1

Гемофилия А		Гемофилия В		n=73	n=24
Жеңил түрү	Орто түрү	Оор түрү	Жеңил түрү	Орто түрү	Оор түрү
5-<40%	1-5%	<1%	5-<40%	1-5%	<1%
27	33	13	2	11	11

**Гемофилия оорусунун түрүн аныктоого 97 адам катышты. Бул аныктоонун жыйынтыгында гемофилия А оорусу менен жабыркайт деп эсептеген 12 бейтап, гемофилия В оорусу менен жабыркаганы аныкталды.**

Бул аныктоолор «Hemaclot» коагулограф аркылуу аныкталган.

Биздин Республикабыздын шартында гемофилия менен жабыркаган бейтаптар 2008-жылга чейин кандын компоненттерин гана колдонуп жүрүшкөн (плазма, криопреципитат). Ал эми 2008-жылдан баштап биринчи жолу кандын уюусуна керектүү факторлордун концентраттарын (VIII, IX) колдоно баштадык. Бул концентраттарды колдонуунун натыйжасында 16 жаштан жогорку 118 бейтапка хирургиялык жардам көрсөтүлдү, ошону менен бирге 3 бейтапка интракраниалдуу кан агууга каршы жардам көрсөтүлдү (Таблица 2).

**Операциянын/дарылоонун түрү:**

	<b>Гематолог жана адистер</b>	<b>Операциянын түрлөрү</b>	<b>Бейтаптардын саны</b>
1.	Стоматолог	Тиштин экстракциясы	>100
2.	Уролог	Циркумцезиум	11
3.	Ортопед	Ахиллопластика	2
4.	Уролог	Варикоцеле	1
5.	Ортопед	Химиялык синовэктомия	2
6.	Уролог	ДЛТ (дистанциондуу литотрипция)	1
7.	Хирург	Спленоэктомия	1
8.	Нейрохирург, невропатолог	Интракраниалдуу кан агуу	3

Жалпысынан 121 бейтапка хирургиялык жардам көрсөтүлдү.

**Жыйынтыктар жана талкуулар**

Эгерде өлкөбүздө гемофилия менен жабыркаган бейтаптарга жеткиликтүү түрдө алдын алуу, дарылоо иш чаралары жүргүзүлсө жыйынтыгында:

- Гемофилия оорусу менен жабыркаган балдардын өмүрү 5 эсеге узармак.
- Гемофилия оорусу менен жабыркаган бейтаптардын иш жөндөмдүүлүгү, билим алуусу ошону менен бирге функцияналдуу муктаждыгы жакшырмак.

Ал эми алдын алуу иш чараларынын жеткиликтүү деңгээлде жоктугунун жыйынтыгында:

- Гемофилия бейтаптарынын иш жөндөмдүүлүгүн, билим алуусунун начарлоосу келип чыгат, бул нерселер мамлекеттин өнүгүп өркүндөөсүнө кедергисин тийгизет.
- Муундардын деформациясынын жана ар түрдүү кан агуулардын айынан бейтаптардын өлүмүнүн көбөйүүсү пайда болот.
- Кан концентраттары аркылуу СПИД жана Гепатит С нын таркалуусунун өсүүсү келип чыгат.

Бул көйгөйлөрдү чечүү үчүн:

- Гемофилияны дарылоо борборлорун түзүү зарыл.
- Кан агууларда жана операциядан мурун кандын плазмасынын азыктарын колдонуу (факторлор).
- Медициналык адистерге, бейтаптарга жана алардын үй бүлөсүнө гемофилияны дарылоо жаатында түшүндүрүү иштерин жүргүзүү керек.

Гемофилия менен жабыркаган бейтаптарга үй шартында дарылануу ыкмаларын үйрөтүү, саламаттыкты сактоо жаатындагы чыгымдардын азаюусуна өбөлгө түзөт. Ошону менен бирге бейтаптын жана анын үй бүлөсүнүн жашоо сапатынын жакшыруусуна себеп болот.

Үй шартында дарылоонун артыкчылыктары:

- Үй шартында дарылануу ыкмасын колдонгон өлкөдө бейтаптардын ооруканага каттосу 400% төмөндөйт.
- Факторлордун концентраттарын колдонуу жеңил болуп, жыйынтыгында бейтаптын жашоо мөөнөтү жана сапаты жакшырат.
- Үй шартында дарылануу факторлордун концентраттарын оптималдуу колдонууга шарт түзөт.
- Үй шартында дарыланган бейтаптардын муундарынын жабыркоосу 30% аз кездешет. Бул шарт алардын өзү кыймыл жасап өзүн өзү камсыздоого өбөлгө түзөт.

**Соңку сөз**

Дүйнөлүк жана эл аралык медициналык кызматташуунун натыйжасында, азыркы учурда гемофилияга байланыштуу бейтаптардын, медициналык жана социалдык көйгөйлөрү саламаттыкты сактоо министрлигинин актуалдуу маселелеринин бири болуп эсептелинет. Бейтаптардын санынын аздыгына карабастан, гемофилия дарты өзгөчө медициналык иш чараларын алып барууну талап кылат.

Биринчиден бул бейтаптарга мамлекет тарабынан дары-дармектердин, факторлордун толук көлөмүн камсыз кылуусу, ошону менен бирге алдын алуу иш чараларын өткөрүүсү талап кылынат.

Экинчиден саламаттыкты сактоо министрлиги тарабынан, бейтаптарга мультидисциплинардуу медициналык жардам берүү кызматын түзүү жана керектүү иш аракеттерди жүргүзүү талап кылынат.

Эгерде ушул эки нерсе негизги уюштуруу принциптери аркылуу ишке аша турган болсо, анда бул иш чаралар, гемофилия бейтаптарынын жашоо сапатын жана жашоо мөөнөтүн, дени сак адамдардан эч айырмаланбаган абалда сактап калууга себеп болот.

**Колдонулган адабияттар:**

1. *Report on the Annual Global Survey 2003.*
2. *Home management of hemophilia / [J.M Teitel, D. Barnard, S. Israels et al. ] - 2004.*
3. *Всемирный Федерации Гемофилии 2009.*
4. *Румянцев А.Г., Румянцев С. А., Чернов В. М. Гемофилия в практике врачей различных специальностей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 136 с.*
5. *Stonebraker JS, Bolton – Maggs PA, Soucie JM, Walker I, Brooker M. A. Study of variations in the reported hemophilia A prevalence around the world. Hemophilia 2010;16(1):20-32.*
6. *White GC 2nd, Rosendaal F, Aledort LM, Lusher JM, Rothschild C. Definitions in hemophilia. Thromb Haemost 2001;85(3):560.*
7. *Berntorp E, Boulyzenkov Van, Brettler D, et al. Modern treatment of hemophilia. Bull WHO 1995; 73:691-701.*
8. *Kasper Co, Mannucci Pm, Boulyzenkov V, et al. Hemophilia in the 1990s: Principles of treatment and improved access to care. Semin Thrombosis Haemostas 1992; 18:1-10.*
9. *Soucie JM, Nuss R, Evatt B, Abdelhak A, Cowan L, Hill H, Kolakoski M, Wilber N, Hemophilia Surveillance System Project investigators. Mortality among males with hemophilia.*

**УДК 615.262.5:616.5-001.37**

**МРНТИ 76.29.57**

**ВЛИЯНИЕ БЫТОВЫХ МОЮЩИХ СРЕДСТВ НА ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ**

**Трегуб А.С., Н.К. Шораева, А.Ж. Муратбаев, Б.В. Мухтаров, Н.К. Жаксыбаев, А.Е. Хамитов,**

**3 курс, факультет «Общая медицина»**

**Научный руководитель: к.м.н. Жексенова А.Н.**

**Западно-Казахстанский Государственный Университет имени Марата Оспанова**

**Кафедра патологической физиологии Республика Казахстан, г. Актобе,**

**Резюме.** В статье рассматривается частота применения широко используемых в быту моющих средств и их влияние на организм человека. Для проведения исследования были привлечены 300 студентов, среди которых был проведён опрос и получены статистические данные. В результате было обнаружено, что частое применение и использование моющих средств в быту, содержащих поверхностно-активные вещества (ПАВ), вызывало неблагоприятные последствия у 1/3 исследуемых.

**Ключевые слова:** поверхностно-активные вещества, аллергия, антистатик, бытовые моющие средства.

**INFLUENCE OF HOUSEHOLD DETERGENTS ON SKIN CHANGES**

**A.S. Tregub, N.K. Shorayeva, A.Zh. Muratbayev, B.V. Mukhtarov, N.K. Zhaksybayev, A.E. Khamitov**

**3rd course, faculty "General medicine"**

**Research supervisor: PhDs in Medicine, Zheksenova A.N.**

**Department of pathological physiology**

**West Kazakhstan State University named after Marat Ospanov**

**Republic of Kazakhstan, Aktobe**

**Summary.** The article deals with the frequency of application of household detergents widely used in everyday life and their effect on the human body. For the search, 300 students were involved, among whom a survey was conducted and statistical data were received. As a result, it was found that the frequent use and use of household detergents containing surfactants caused adverse effects in 1/3 of the search.

**Keywords:** surface active agents, an allergy, antistatic, household washing means

**Введение.**

Во всем мире распространенность аллергических заболеваний была большой в развитых и развивающихся странах [1]. Около 25% пациентов, которые ежедневно консультируются с аллергологами и дерматологами, страдают от многих аллергических заболеваний, которые возникают при кожных заболеваниях [2]. Согласно статистике, более 150 миллионов человек в Европе страдают этим заболеванием, 15% из которых являются кожными заболеваниями [3]. В России, согласно эпидемиологическим исследованиям, распространенность аллергических заболеваний увеличивается до 15-35% [4]. В Казахстане распространенность аллергических заболеваний среди взрослых составляет 24,1% [5]. Согласно эпидемиологическим исследованиям, наиболее распространенные аллергические поражения кожи (19,9%) [6].

Быстрое развитие химической промышленности привело к появлению широкого спектра бытовой химии. Число аллергических реакций увеличивается с использованием синтетических моющих средств. По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время 25% населения мира страдают аллергией [7]. Основой для детергентов является поверхностно-активные вещества (ПАВ), способные к адсорбции. В этиологии аллергических реакций кожи всегда было особенно интересно использовать различные виды бытовой химии, особенно моющие средства [8,9]. По словам производителей, семья из трех человек проводит около 200 часов в год для мытья посуды и около 2 кг на человека в год для мытья посуды с использованием жидких моющих средств. В большинстве случаев наиболее опасными веществами, которые являются составляющими моющих средств и которые могут вызывать аллергические реакции, являются: специи, красители [10]. Главная проблема со всеми, кто любит чистоту и порядок, - это аллергия на моющие средства. Результаты исследования могут быть использованы в качестве альтернативы моющим средствам населения.

#### **Цель исследования:**

Определить частоту использования моющих средств, содержащих поверхностно-активные вещества, студентами и влияние на состояние кожи.

#### **Материалы и методы.**

Исследование было проведено среди 300 студентов, обучающихся на 1-5 курсах общей медицины и стоматологических факультетов Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени Марата Оспанова. Исследование проводилось путем опроса студентов. Во время собеседования была собрана информация о том, как студенты используют ежедневные моющие средства, для мытья посуды и одежды, а также, как часто они потребляются, и какие негативные чувства у них появляются при их использовании. Полученные данные были статистически обработаны программой Statistical10.

#### **Результаты и их обсуждение.**

Среди студентов, участвующих в опросе, количество людей, которые используют моющее средство «Faigu» для мытья посуды, составляет 46% в день. Частота использования этого моющего средства составляет до 80,3% несколько раз в день.

Общее количество студентов, использующих мыло для личной гигиены, составляет 48%, а те, кто пользуются мылом для стирки, составляют 37%, а жидкое мыло – 15%. Около 48% участников исследования используют моющее средство «Миф» для чистки одежды, а 67,3% участников потребляют этот порошок 3 раза в неделю.

В результате исследования было выяснено несколько отрицательных явлений: раздражение кожи – 14,3%, покраснение – 9%, отечность – 4,3%, сухость кожи – 11%. 62% пользователей не испытывали никаких эмоций (рис. 1).



Рис. 1. Показания отрицательных явлений (%), вызванные использованием моющих средств.

Потребители утверждают, что они обращают большое внимание на цены и свойства вышеупомянутых моющих средств чаще, чем на последовательные состояния кожи .

Количество студентов, использующих антистатик для снижения электростатического явления составляет 43,67%, а 37,3% участников совсем не использовали .

Результаты, полученные в результате интервью, соответствуют результатам других научных исследований. В работе К.Г. Невдаха показано, что 43% аллергии возникают из-за использования моющих детергентов и моющих средств для мытья посуды при изучении эффектов натуральных и синтетических моющих средств [10]. В статье Сергеева Ю.В. из 117 исследованных участников показано, что после использования моющих средств и прямого контакта с ними острый дерматит был зарегистрирован у 12 участников [11]. В нашей работе показано, что у 38% исследователей были выявлены негативные явления.

#### **Выводы.**

Таким образом, результаты исследования, проведенных среди студентов, показали, что у 1/3 исследуемых отмечается отрицательное влияние на состояние кожи при использовании моющих средств.

#### **Список литературы:**

1. WAO White book on Allergy. – Printed in the United Kingdom, 2011, Ruby Pawankar, Giorgio Walter Canonica, Stephen T, Holgate, Richard F. Lockey.
2. Кожные проявления аллергии: клинические аспекты и принципы лечения. Феденко Е.С. Цитокины воспаления Том 4. №3, 2005 г.
3. Диагностика и лечение аллергических заболеваний, наука и инновации №6 (136). Июнь 2014.
4. Клинико-диагностические особенности аллергических заболеваний при паразитозах у детей. Санникова А.В., Уфа-2014.
5. Нурпеисов Т.Т. Совершенствование аллергологической помощи населению Республики Казахстан. / Автореф.докт.дисс. - Алматы. - 2010. – 38 с.
6. Эпидемиология аллергических заболеваний. Г.Т.Каиргалиева, Медицинский журнал Западного Казахстана 2010.
7. Глебов В.В., Аракелов Г.Г. Психофизиологические особенности и процессы адаптации студентов первого курса разных факультетов РУДН. Вестник РУДН. Серия: Экология и безопасность жизнедеятельности. 2014; 2: 89-95.
8. Langan SM, Williams HC. What causes worsening of eczema. A systematic review. Br J Dermatol. 2006 Sep;155(3):504-14.
9. Gill S. An overview of atopic eczema in children: a significant disease. Br J Nurs. 2006 May 11-24;
10. Натуральные моющие средства как альтернатива синтетическим моющим средствам, Невдах.К.Г., БГМУ, 2016, 198-201стр., Минск.
11. Оценка переносимости средств бытовой химии у пациентов с аллергическими заболеваниями кожи и верхних дыхательных путей, Ю.В. Сергеев, Т.П. Гусева, Л.И. Стась, И.Е. Сластушенская, Иммунология, аллергология, инфектология 2008, №4, 39-41 стр., Москва.

## **КАК ВЛИЯЕТ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫЕ СОСТОЯНИЯ НА УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ КГМА?**

**Эмильбекова А., Эралиева М.О., Джакыпбаев О.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра госпитальной терапии с курсом профпатологии и гематологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Целенаправленно проведено обследование студентов 5 курса КГМА на наличие дефицита железа. Проанализировано влияние дефицита железа на качество жизни и успеваемость студентов. Выяснено, что студенты с анемией имеют более низкую работоспособность по сравнению со здоровыми или имеющими скрытый дефицит железа.

Изучены факторы риска развития железодефицитных состояний (ЖДС) и их манифестации (ЖДА). Симптомы анемии и сидеропенического синдрома являются показанием для обследования студентов на наличие анемии и латентного дефицита железа. Для разработки индивидуальных программ коррекции дефицита железа и формирования здоровья студенческой молодежи необходима своевременная их диагностика.

**Ключевые слова:** железодефицитная анемия, железодефицитные состояния, успеваемость студентов.

## ТЕМИР ЖЕТИШПЕГЕН АБАЛ КММАНЫН СТУДЕНТТЕРИНЕ КАНДАЙ ТААСИР КЫЛАТ?

**Корутунду:** Организмге темирдин жетишсиздигин аныктоо үчүн максаттуу түрдө КММАнын 5-курсунун студенттерин текшерүү жүргүзүлдү. Темирдин жетишсиздиги студенттердин жашоосунун сапатына жана жетишкендиктерине тийгизген таасири талданды. Аз кандуулук менен жабыркаган студенттердин иш жөндөмдүүлүгү дени сак же жашыруун темир жетишсиздигине ээ болгон студенттерге салыштырмалуу төмөн экени маалым болду. Аз кандуулуктун жана сидеропеникалык абалдын белгилери студенттерди аз кандуулук жана темирдин латенттик жетишсиздигине текшерүүнүн көрсөткүчү болду. Студент жаштардын ден-соолугун жана темирдин жетишсиздигин калыптандырууда жекече программаны иштеп чыгуу үчүн өз учурунда дартты аныктоо зарыл.

**Негизги сөздөр:** темир жетишпеген аз кандуулук, темир жетишпеген абал, студенттердин өздөштүрүүсү.

### HOW DOES IRON DEFICIENCY AFFECT THE PROGRESS OF KSMA STUDENTS?

**Summary:** Purpose-guided examination of 5-year students of KSMA for the presence of iron deficiency. The effect of iron deficiency on the quality of life and student performance is analyzed. It was found out that students with anemia have a lower capacity for work than healthy or have a hidden iron deficiency. The risk factors for the development of iron deficiency states (WDS) and their manifestations (IDA) have been studied. Symptoms of anemia and sideropenic syndrome are an indication for examining students for anemia and latent iron deficiency. To develop individual programs for correcting iron deficiency and forming the health of student youth, their timely diagnosis is necessary.

**Key words:** iron deficiency anemia, iron deficiency states, student achievement.

#### Введение

Молодежь – это «вечный двигатель» будущего. Поэтому с уровнем развития, возможностями, ценностными ориентациями, степенью участия в экономической, политической и общественной жизни Кыргызстанской молодежи связан путь развития страны в будущем. Проблема здоровья молодежи и в частности, студентов стоит на государственном уровне. В связи с чем, были разработаны Государственные программы "Здоровая нации" и Национальная программа "Здоровье-XXI-основы политики достижения здоровья для всех в Кыргызстане", где проблеме здоровья молодежи отведен отдельный раздел этой Программы.

Несмотря на успехи данных государственных программ, направленные на оздоровление и профилактики заболеваний различных систем, проблема железодефицитной анемии для Кыргызской Республики частота которой достигает 42-75% (А.Б. Макешова, 2003), продолжает оставаться актуальной. Достижения современной медицины в настоящее время показывают, какие патологические изменения происходят в организме у больного, как их вовремя предупредить и как своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия с целью оздоровления населения и сокращения затрат на лечение (Бюллетень ВОЗ, 2008).

В Кыргызстане как в регионе с высокой распространенностью анемии среди взрослого населения данный вопрос был изучен рядом авторов [3,4]. Анемии у юношей и девушек, особенно среди студентов, практически не изучена. Современная диагностика анемии, особенно среди молодых людей важна, так как анемия даже на ранних стадиях существенно снижает работоспособность и сопротивляемость организма к инфекциям, что приводит к ряду патологических изменений в организме. Ежегодное проведение медицинских осмотров студентов, которые, как правило, ограничиваются осмотром определенных специалистов и клиническим минимумом лабораторных исследований, в том числе общий анализ крови, который позволяет определить наличие у студентов анемии, тогда как латентный дефицит железа остается не выявленным.

#### Цель исследования.

Выявить распространенность железодефицитной анемии среди студентов и влияние этого заболевания на успеваемость.

### Материал и методы

Обследовано 28 студентов 5-курса лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева, в возрасте 20-25 лет, прошедших предварительно анкетирование на наличие симптомов анемии и сидеропенического синдрома. Проведено анкетирование 290 студентов 5 курса КГМА и манифестации ЖДА было зарегистрировано почти 40% из них.

В исследование были включены 28 студентов (25,0%) с подозрением на дефицит железа. С целью более углубленного обследования были взяты венозная кровь. В периферической крови определяли уровень эритроцитов, гемоглобина, эритроцитометрических параметров (МСН, МСV, МСНС), концентрацию сывороточного железа и ферритина.

### Результаты исследования

В ходе анкетирования из 300 студентов 5 курса КГМА 106 человек (35%) отметили у себя признаки гипосидероза, из них у 30 человек (28%) были выявлены проявления и анемического и сидеропенического синдрома.

Анемия была выявлена только у девушек в возрасте 20—26 лет. У 100% студентов из этой группы пациентов с анемией были жалобы на изменения кожных покровов и придатков (сухость кожи, ломкость ногтей, секучесть волос), и довольно часто встречались симптомы нарушения вкуса и обоняния. Анемический синдром проявлялся в виде общей слабости, повышенной утомляемости, сонливости, нарушения памяти и потемнение в глазах (табл.).

Таблица

Частота симптомов ЖДА у обследованных студентов

Клинические проявления	ЖДА	ЖДС	Контрольная группа
<i>Анемический синдром</i>			
Общая слабость, утомляемость	91%	86%	20%
Потемнение в глазах, шум в ушах	90%	40%	-
Одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке	27%	13%	-
<i>Сидеропенический синдром</i>			
Изменение кожи, волос, ногтей	91%	73%	30%
Извращение вкуса и обоняние	81%	60%	-
Эпителиальные изменения	55%	7%	-
<i>Неуспеваемость в учебе</i>			
Беспричинные пропуски занятий	36%	30%	-
Трудность запоминание материала	56%	40%	-
Пересдачи экзаменов	9%	7%	-

По результатам обследования анемия была подтверждена у 11 студентов, латентный дефицит железа было выявлено в 15 случаях. У студентов с анемией показатели количества эритроцитов имели низких параметров в периферической крови ( $3,89 \pm 0,20 \times 10^{12}/л$ ) и содержания гемоглобина ( $100,0 \pm 4,1 г/л$ ). На железодефицитный характер анемии указывали снижение цветного показателя до  $0,6 \pm 0,08$  и МСН  $22,3 \pm 2,2$  пг, микроцитоз эритроцитов (МСV= $56,8 \pm 3,8$  фл), и уровня сывороточного железа до  $5,1 \pm 1,6$  мкмоль/л, ферритина до  $3,0 \pm 1,74$  нг/мл. Несбалансированное питание было свойственно всем студентам согласно данным анкетирования. Причиной дефицита железа способствовали полименорея (у 45% опрошенных), повышенная потребность в железе в результате занятий спортом и интенсивных физических нагрузок (22%), и проблемы желудочно-кишечного тракта (11%).

Процент неуспевающих студентов по итогам полусеместровой аттестации составил 60% и было значительно выше по сравнению с контрольной группой студентов без анемии (10%).

Железодефицитное состояние был диагностирован у 10 девушек и пятеро юноши на основании низких значений концентрации ферритина в крови ( $10,05 \pm 2,42$  нг/мл), а также гипохромии (цветной показатель  $0,74 \pm 0,02$ ; МСН  $22,9 \pm 0,7$  пг) и микроцитоза (МСV  $72,2 \pm 1,6$  фл), эритроцитов при нормальном их уровне в крови ( $4,28 \pm 0,13 \cdot 10^{12}/л$ ) и содержания гемоглобина ( $122,00 \pm 1,73$  г/л), а также концентрации сывороточного железа ( $20,0 \pm 3,9$  мкмоль/л). Симптомы сидеропении у этих пациентов проявлялись реже: эпителиальные изменения были у 63% студентов, у 50% повреждение придатков кожи и у 23% извращения вкуса и обоняния. 78% студентов отмечали общую слабость и повышенную утомляемость.



Процент неуспевающих по результатам полусеместровой аттестации составил 12,5%. Факторами риска ЖДС у студентов по данным анкетирования выступили несбалансированное питание (100%), полименорея (15%), повышенные физические нагрузки (15%) и гипоацидный гастрит (15%). Резюмируя, можем сказать, что железодефицитная анемия отрицательно влияет на учебный процесс студентов КГМА, снижая их работоспособности, качества жизни.

#### **Выводы.**

1. Железодефицитная анемия приводит к снижению умственной и физической работоспособности студентов, что отрицательно влияет на качестве их обучения, в целом на качество жизни.
2. Симптомы анемии и сидеропении, несмотря на их неспецифичность, являются показанием для обследования студентов на наличие ЖДА и ЖДС.
3. Своевременная диагностика наличия дефицита железа необходима для разработки индивидуальных программ коррекции анемии и формирования здоровья студенческой молодежи.

#### **Литература:**

1. Национальная программа «Жааштык» по развитию молодежи Кыргызстана до 2010 года. URL: <http://cbd.minjust.gov.kg/act/view/ky-kg/3373> (дата обращения 28.02.18).
2. Железодефицитная анемия. Скрининг, профилактика и лечение. Клиническое руководство. – Б.:2016 – 52 с.
3. Исмаилова А.З. Дефицит железа и железодефицитная анемия среди детей в Кыргызстане // Врач аспирант. 2016. Т. 76, № 3.2. С. 292–297.
4. Макешова А.Б. Особенности регуляции эритропоэза у жителей высокогорья / А.Б. Макешова, А.А. Левина, Ю.И. Мамукова, А.Р. Раимжанов //Терапевтический архив. 2004. №11. С. 95.
5. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. WHO global database of anaemia. Edited by de Benoist B. et al. World Health Organisation. 2008.

### **РЕГИСТР КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНСУЛЬТА RES-Q: РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ В ДВУХ ПИЛОТНЫХ ОТДЕЛЕНИЯХ г. БИШКЕК**

**Луценко И.Л., Нажмудинова Д.Д., Жумакеева С.Ж., Исмаилова А.М.,  
Султанова А.У., Омурбеков С.О.**

Науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики **Луценко И.Л.**  
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева (Кыргызстан)  
**Нажмудинова Даяна** – студентка 5 курса Педиатрического факультета КГМА

**Актуальность:** RES-Q (Registry of Stroke Care Quality) – это специализированный регистр мониторинга качества лечения острого периода всех острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК), предложенный Европейской Организацией по Борьбе с Инсультом (ESO). Он позволяет оценить демографические данные пациента, степень тяжести инсульта, частоту тромболитической терапии, уровень организации оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения [1]. Основной целью RES-Q является регистрация и анализ базисного и дифференцированного лечения острого периода всех видов инсульта и ТИА в странах Европы и Центральной Азии.

**Цель исследования:** провести демографический и ситуационный анализ данных регистра RES-Q в двух пилотных отделениях в Бишкеке.

**Материалы и методы:** Электронная платформа регистра RES-Q включает 24 переменных, а именно: демографические параметры, тип ишемического инсульта (ИИ) по классификации TOAST, тяжесть инсульта согласно шкале NIHSS, оценку глотания, сознания. Степень инвалидизации в связи с перенесенным инсультом оценивается по шкале Рэнкина. Учитываются факторы риска ОНМК. Логистически оцениваются: время от сосудистого события до поступления в стационар, количество дней пребывания в больнице. Выявляются группы препаратов, назначаемые для базисного лечения ОНМК и при выписке пациента на дом. Два отделения приняли участие в первом этапе внедрения RES-Q в Кыргызстане: ангионеврологическое отделение Бишкекской Городской Клинической Больницы №1 (ГКБ1) и неврологическое отделение Чуйской Областной Объединенной Больницы (ЧООБ) в период с ноября 2016 года по март 2017 года. Нами рассчитаны описательные статистики, логистика инсульта, и частоты получаемого лечения (группы наиболее часто встречающихся препаратов).

**Результаты исследования:** Зарегистрировано 111 случаев мозгового инсульта, из них мужчин 55%. Медиана возраста пациентов – 61 год. Ишемический инсульт был диагностирован в 71% случаев, паренхиматозное кровоизлияние в 7% случаев и нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние в 7,37%. Шкала NIHSS использована у 80% пациентов в ЧООБ и только у 50% в ГКБ1. Медиана баллов по шкале NIHSS составила 4,5 баллов (легкое неврологическое расстройство (НР)) в отделении ангионеврологии ГКБ1 и 6 баллов (умеренное НР) в отделении неврологии ЧООБ. Паци-

ентов с инсультом неизвестной этиологии не выявлено. Только 6,82% пациентам проводили скрининг на дисфагию, и все они были из ГКБ1. Лишь 1,41% пациентов прошли скрининг фибрилляции предсердий с помощью суточного мониторинга и 2,82% полученных изображений сонной артерии (оба обследования не включены в государственное страхование и проводятся лишь в частном порядке). Больным была проведена нейровизуализация в виде МРТ или КТ: 69,32% выполнены во время лечения в ГКБ1 и 37,5% – в ЧООБ, из которых только у 3,41% больных данное обследование было проведено в течение 1 часа после дебюта симптомов. Среднее число дней госпитализации составило 10 суток. Курение (63,16%), артериальная гипертензия, фибрилляция предсердий, ишемическая болезнь сердца, неклапанные нарушения ритма, сахарный диабет были определены как самые распространенные факторы риска инсульта. 98,95% пациентов с инсультом получали лечение в специализированной инсультной секции (ПИТ) в ГКБ1 и 87,5% пациентов в ЧООБ. Во время лечения в ГКБ1 97,14% пациентов с ИИ были назначены антитромбоцитарные препараты, а в ЧООБ – 100%. После выписки 45,07% пациентам ГКБ1 и 80% ЧООБ были рекомендованы статины.

**Выводы:** Регистр RES-Q – эффективный инструмент для сбора основных демографических параметров у пациентов с острым инсультом, а также для оценки степени тяжести состояния пациентов и пригодности последних к тромболитическому лечению. Регистр RES-Q включен как обязательный элемент в “Дорожную карту по инсульту и острому коронарному синдрому в Кыргызстане” и выполнение данного этапа является подготовкой для внедрения тромболитической терапии в остром периоде ишемического инсульта в Кыргызстане.

1. Т. Чистик. *Международный проект ECO-EAST в Украине: оптимизация и улучшение качества помощи пациентам с инсультом. Международный неврологический журнал. №7(85), 2016. стр. 56-59.*

## PECULIARITIES OF STROKE MANAGEMENT IN 2 PILOT DEPARTMENTS INCLUDED IN RES-Q REGISTRY IN BISHKEK, KYRGYZSTAN

Lutsenko I.L., Ismailova A., Sultanova A., Nazhmudinova D., Nurbekova U.A., Titarenko D.B.

Науч. руководитель – асс. каф. неврологии с курсом медицинской генетики Луценко И.Л.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева (Кыргызстан)

Исмаилова Азиза – студентка 5 курса лечебного факультета КГМА

**Background:** RES-Q is a new stroke registry for the stroke quality treatment and management, offered by European Stroke Organisation. Two angioneurological departments in Bishkek participating in a RES-Q stroke registry since 2015.

**Aim:** To evaluate the management of the acute stroke according to RES-Q stroke registry in 2 pilot departments in Bishkek, Kyrgyzstan.

**Material and methods.** We studied the tactics of managing patients in the acute period of a stroke in Bishkek City Civil Clinic 1 (BCC1) and neurological department of the Chui Regional Clinic (ChRC) in the period of November 2016 and March 2017. We took into account the prescription of antiplatelets, anticoagulants, statins, thrombolytic therapy, endarterectomy, carotid stenting, hemicraniectomy. This information contributed to the stroke register RES-Q. RES-Q consisted of the NIHSS (acute stroke patients condition) data, stroke logistics, types of the treatment, prescribed in the departments, the length of the hospital stay,

**Results.** 111 cases of cerebral strokes were analyzed. The median age of the patients was 61 years and there were 45% of women. 71% of patients had an ischemic stroke. NIHSS was evaluated at 100% of patients in ChRC versus 80% at BCC1 and with median 5 scores and there were only 8% and 12.5% comatose patients. To 97.14% of BCC1 and to 100% of ChRC antiplatelets were prescribed. But there were no anticoagulants at the discharge assigned patients. Statins were prescribed respectively to 45.07% and 80% patients. From new oral anticoagulants in Bishkek is used Warfarin in the acute period of a stroke. None of the patients received recanalization treatment and hemicraniectomy. Neuroimaging was performed to all patients outside the hospital, which does not allow us to begin thrombolysis in Bishkek.

**Conclusion.** There is not united and standardized stroke treatment in Kyrgyzstan yet. RES-Q permits to easily collect the data about ischemic stroke management depending on the department and to organize the platform for the soon thrombolysis implementation in suitable departments and further, to monitor results. RES-Q must be included in a national stroke diagnostic and management guidelines.

### References:

1. <https://www.qualityregistry.eu/index.php/en/-ESO> (European Stroke Organization), Res-Q stroke registry

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ТОКСИКОЛОГИИ ЗА 2017 ГОД

Аалиев Т.Б., студент 5 курса

Специальность «Лечебное дело» КГМА им. И.К. Ахунбаева

Научный руководитель – зав.отделения токсикологии **Исманов У.М.**

**Актуальность:** заключается в том, что правильный анализ нозологий, своевременное выявление и правильное лечение больных с острыми отравлениями в отделении токсикологии приводят к полному или частичному выздоровлению. При неправильном лечении больных большой риск к летальному исходу или их инвалидизации.

**Цель исследования:** анализ летальности в отделении токсикологии за 2017 год. Выявить тенденцию к увеличению или уменьшению по отношению к прошлым годам.

**Материал и методы исследования:** в основу данного исследования положен анализ 46 больных с летальным исходом за 2017 г. Возраст больных от 21 до 63 лет. Среди больных 34 мужчин и 12 женщин.

Был проведен обширный статистический анализ данных по историям болезни отделения токсикологии БНИЦТиО за 2017 г.

**Результаты** представлены в таблице 1.

Таблица 1

№		Кол-во	Пол		Возраст					Сроки		
			м	ж	20-30	30-40	40-50	50-60	>60	До сут.	До 3 сут.	Свыше 3 сут.
1	ТДЭ	34	25	9	2	6	16	10	-	22	4	8
2	Прижигающие яды	8	6	2	3	1	4	-	-	4	3	1
3	Медикаменты	2	1	1	1	1	-	-	-	-	2	-
4	Угарный газ	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-
5	Изопропиловый спирт	1	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-
	Всего	46	34	12	6	8	21	10	1	26	11	9

Как показали результаты аналитического исследования случаев с летальным исходом всех видов острых отравлений, несмотря на демографический рост в КР и рост населения в г.Бишкек, отмечается тенденция к снижению летального исхода по отношению к прошлому году (2016 г.). Причиной, которого является своевременное выявление и правильная тактика лечения больных с острыми отравлениями в отделении токсикологии, введение новых методов лечения, усовершенствование тактик лечения, участие в международных научно-практических конференциях и повышение квалификации врачей.

## КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ И ИНВАЗИИ У ШКОЛЬНИКОВ ЛЕНИНСКОГО РАЙОНА г. БИШКЕК И ФАКТОРЫ РИСКА ИХ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Аденова А.И., Кубанычбек к. И.

Науч. руководитель – д.м.н. проф. Тойгомбаева В.С.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Актуальность:** Несмотря на определенные успехи в борьбе с паразитарными заболеваниями они не теряют своей актуальности и в настоящее время. Ежегодно в КР регистрируется до 45 000 различных инвазий, причем, 80% инвазированных составляют дети до 14 лет. В г. Бишкек также высок уровень кишечных инфекций среди школьников. По данным Исаковой Ж.Т. доля инфицированных детей кишечными инфекциями по Ленинскому району составляет 45,7±0,7%, а кишечными инвазиями –27,4±1,6%. Эти инфекции и инвазии передаются только фекально-оральным механизмом и зависит от уровня санитарной культуры школьников.

**Цель:** Оценка уровня санитарной культуры и информированности школьников младших классов Ленинского района г. Бишкек по вопросам профилактики кишечных инфекций и инвазий.

**Материалы и методы:** Материалом для исследования служили 574 школьников младших классов школ №8, №68, №31, №77, №9, №84 Ленинского района г. Бишкек. Метод эпидемиологический, социологический, статистический.

**Результаты и обсуждения:** Всего было опрошено 574 школьников 1-4 классов, среди которых 47% составляют мальчики и 53% девочки. Опрос проводился по нашим анкетам из 10 вопросов, которые содержали сведения о путях заражения гельминтозами, наличии домашних животных и правилах их содержания, о наличии вредных привычек и соблюдении правил санитарии и гигиены при употреблении фруктов и овощей. При анализе полученных анкет было выявлено, что 58% школьников слышали о паразитарных заболеваниях и кишечных инфекциях, а о путях передачи знали только 18%. Также из ответов известно, что 1/3 часть школьников имеют домашних животных, но при этом только 20% опрошенных показывают своих питомцев ветеринарному врачу. На вопрос «Как часто Вы моете руки?» 49% респондентов ответили, что моют руки перед едой, 44% после посещения туалета, 16% только утром, а 6% школьников вовсе забывают об этом. Также при анализе ответов выяснилось, что 41% опрошенных пьют кипяченую воду, 56% отметили, что пользуются водой из водопровода, а остальные 3% пьют воду из арыков. О наличии вредных привычек отметили 28% респондентов. На вопрос моют ли фрукты и овощи перед употреблением 82% опрошенных дали положительный ответ, хотя есть и школьники, которые вытирают их чем-либо (11,8%), а остальные 6,2% вовсе ничего не предпринимают. После проведения анкетирования мы провели занятие, в котором дали подробную информацию о кишечных инфекциях и инвазиях, путях их передачи, а также о мерах профилактики и ознакомили учеников с основными правилами личной гигиены. Затем провели повторный опрос, анализ которого показал значительно лучшие результаты по сравнению с предыдущим. На вопрос «Что такое кишечная инфекция и инвазия?» 93% опрошенных дали положительный ответ. Также 86% школьников узнали, что в Кыргызстане распространены такие паразитарные заболевания, как аскаридоз, энтеробиоз, тениоз, эхинококкоз. В заключении следует отметить, что почти все школьники (97%) желают расширить и дополнить свои знания о кишечных инфекциях и инвазиях.

**Выводы:** Анализ ответов анкет, в целом, показал низкую информированность школьников младших классов о кишечных инфекциях и инвазиях. Большинство опрошенных не знают об их путях передачи (82%) и способах защиты от заражения. Также опрос показал низкий уровень гигиенических навыков (23%). После проведения обучения результаты анкетирования значительно улучшились. По словам учителей информация была полезной для большинства школьников (97%) и почти все выразили желание продолжить обучение.

#### **Литература:**

1. *Паразитарные болезни Кыргызстана/ Тойгомбаева В.С., Бишкек, 2010.*
2. *Биология/ Ярыгин. В.Н., Москва, 2003*
3. *Диссертация “Эпидемиологическая оценка факторов риска кишечных инфекций и инвазий г. Бишкек” / Исакова Ж.Т.*

## ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ

### ОЦЕНКА МЕТОДА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ЛЕГОЧНЫХ РЕФЛЕКСОВ ПРИ ТЭЛА

Х.З. Ахмедов, А.Т. Алымкулов, А.А. Курбанова, Р.Р. Тухватшин, Т.С. Абаева

Кафедра патофизиологии, нормальной и топографической анатомии человека

Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызстан

Научные руководители: д.м.н., профессор Р.Р. Тухватшин, к.м.н., доцент Т.С. Абаева

**Актуальность.** В структуре летальности от сердечно-сосудистых заболеваний ТЭЛА занимает третье место после инфаркта миокарда и инсульта [1,2,5].

В экономически развитых странах 0,1% населения ежегодно погибает от ТЭЛА. Прижизненно диагноз ставится в менее чем 70% случаев, т.к. клиника сходна с обострением основного заболевания (ИБС, ХСН, ХЗЛ) или является одним из осложнений онкологических заболеваний, травм, обширных хирургических вмешательств, а специфические методы диагностики осуществимы в единичных больницах [1,2,5].

Например: зарубежные коллеги объединяют тромбоз глубоких вен нижних конечностей и ТЭЛА в одно заболевание – венозный тромбоземболизм [1,2]. Т.е. мы знаем множество патологий, которые в той или иной степени могли бы привести к ТЭЛА, но ещё не разработана методика по предупреждению рефлекторного спазма легочных сосудов [3,4].

**Цель исследования:** разработать методику по предупреждению рефлекторного спазма легочных сосудов при тромбоземболии легочной артерии.

**Методы и материалы исследования:** Для этой цели были взяты 20 кроликов весом 3.5-4 кг. Кроликов разделили на две группы: контрольная и опытная. Давления в полостях сердца измеряли с помощью аппаратов «мингограф 34», «бНЕК-401» при скорости движения бумаги 100 мм/сек. Животное фиксировалось на спине в специальном станке. Зону над яремной веной обезболивали разбавленным 1%-раствором лидокаина с 0,9% раствором NaCl в соотношении 1:4, производили разрез кожи и подлежащей фасции. Общая и наружная яремные вены препарировались от окружающих тканей на расстоянии 4-5 см с последующим введением в наружную электрода с изогнутым концом на 10 мм, а в общую вводили полиэтиленовый катетер, который продвигался до правого предсердия, затем и в правый желудочек. Аналогичным методом через наружную сонную артерию производилось катетеризация левого отдела сердца. Электрод в сосудистом русле соединялся с анодом аппарата, а второй электрод, представленный свинцовой пластинкой, прилегающей к коже нижней конечности, подключался к катоду. Катетер подключался к датчику манометра. Через гальванический аппарат подавался ток гальванического 4 мА и частотой 300 в течение 30 минут. После проведения гальванического тока оставляли в покое на 10 минут. Давление в полостях сердца записывалось до начала тромбоземболии и после неё.

Определялись:

- Систolicеское давление крови в правом и левом желудочках (P<sub>сисп.ж.</sub>: P<sub>сисл.ж.</sub>)
- Диastolicеское давление крови в правом и левом желудочках сердца (P<sub>дисп.ж.</sub>: P<sub>дисл.ж.</sub>)
- Среднее давление крови в правом и левом желудочках сердца (P<sub>медп.ж.</sub>: P<sub>медл.ж.</sub>)

Контрольная: была смоделирована ТЭЛА: без методов профилактики.

Опытная: была смоделирована ТЭЛА: с предварительным введением в красную вену левого уха лидокаина (0,7 мл).

**Результаты и их обсуждение:** Контрольная группа (10). Установлено, что систolicеское давление в правом желудочке (P<sub>сисп.ж.</sub>) повысилось на 75 ед+/-15%, (P<sub>сисл.ж.</sub>) понизилось на 50 ед +/-10%, диastolicеское давление в левом желудочке (P<sub>дисл.ж.</sub>) осталось без видимых изменений, диastolicеское давление в правом желудочке (P<sub>дисп.ж.</sub>) повысилось на 10 ед+/-3%. Среднее давление в правом желудочке (P<sub>медп.ж.</sub>) повысилось на 0 ед+/-12,5%. (P<sub>медл.ж.</sub>) понизилось на 20 ед+/-7%. За счёт генерализованного спазма легочных сосудов произошло повышение давления в правых отделах сердца, параллельно этому приток крови к левым отделам был затруднён, вследствие чего снижалось давление в левых отделах сердца.

Морфологические изменения: обширный инфаркт лёгких, дилатация правого желудочка.

Опытная группа (10). Установлено, что систолическое давление в правом желудочке (P<sub>сп.ж.</sub>) повысилось на 40 ед+/-6,1%, (P<sub>сл.ж.</sub>) понизилось на 23 ед+/-3,5%. Диастолическое давление в левом желудочке (P<sub>д.ж.</sub>) осталось без видимых изменений, (P<sub>д.ж.</sub>) повысилось на 5 единиц+/-1,7%. Среднее давление (P<sub>мед.ж.</sub>) повысилось на 20 ед+/-2,7%, (P<sub>мед.ж.</sub>) понизилось на 12 ед+/-1,7%. Вероятно, метод профилактики лекарственным средством X подавлял рефлекторный спазм легочных сосудов, что видно из показателей давления в правых и левых отделах сердца, которые были более стабильны, чем в контрольной группе. После операции лидокаин (0,5 мл) вводился подопытному с промежутками 2, 12 и 24 часа.

Морфологические изменения: Хилезный плеврит, локальный инфаркт легкого в пределах сегмента, перенаполнение магистральных вен, и застойные явления в них, мускатная печень.

**Выводы:** установлено, что у опытной группы в результате применённой методики с лидокаином наблюдались значительно менее выраженные нарушения гемодинамики, за счёт подавления рефлекторного спазма легочных сосудов.

#### **Список использованной литературы:**

1. Darryl Y. Sue, M.D. *Pulmonary Disease // Frederic S. Dongard (ed.): Current: Critical Care Diagnosis & Treatment. US – a large medical book. First Edition. P. 496.*
2. *Task Force Report. Guidelines on diagnosis and management of acute pulmonary embolism. European Society of Cardiology // Eur. Heart J. 2000. Vol. 21. P. 1301-1336.*
3. Гайтон, А.К. *Медицинская физиология / А.К. Гайтон, Дж.Э. Холл / Пер.с англ.; Под ред. В.И. Кобрин. — М.: Логосфера, 2008. - 1296 с.*
4. Н.Н. Зайко, Ю.В. Быця, И.В. Кривиталю. *Патофизиология. Киев. ВСИ "Медицина", 2015. – 744с.*
5. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Зотова А.А. *Подходы к диагностике и лечению тромбозов ветвей лёгочной артерии. // Качественная клиническая практика, №1, 2012 г., стр. 71-75.*

## **ОСОБЕННОСТИ МИКРОАНГИОАРХИТЕКТониКИ СОСУДОВ БРЮШИНЫ ШИРОКОЙ СВЯЗКИ МАТКИ**

**А.Б. Токтосунова, А.Т. Алымкулов, Т.С. Абаева**

Кафедра нормальной и топографической анатомии,

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Т.С. Абаева**

#### **Актуальность.**

Женские половые органы относятся к анатомической системе периодически изменяющей свое функциональное состояние [4].

Циклические процессы женского организма, а также беременность и роды вызывают в этих органах и окружающих их оболочках сложную функциональную перестройку. Изучению сосудистой системы внутренних женских половых органов посвящено значительное количество исследований [1,2,3,5], которые подчеркивают важную роль системы микроциркуляции в обеспечении жизнедеятельности тканей и органов, а также организма в целом. Однако, касающихся микроциркуляторного русла широкой связки матки, морфологии сосудистого русла их серозных оболочек изучены недостаточно в 1-ом периоде зрелого возраста, учитывая вышеизложенное.

Целью нашей работы являлось изучение микроциркуляторного русла широкой связки матки в первом периоде зрелого возраста.

#### **Материалы и методы исследования**

Изучение микроциркуляторного кровеносного русла брюшины широкой связки матки проводили на препаратах от 120 трупов женщин при отсутствии морфологических изменений органов малого таза. Для решения поставленных в работе задач нами использованы инъекционные, безинъекционные и гистологические методики. Общее представление о микроархитектонике сосудистых сетей периметрии и брюшины малого таза человека мы получили на основатранскапиллярной инъекции тушь-желатиновой массой, проведенной на вскрытых трупах через бедренную артерию. Просветление инъекционных препаратов производили в метиловом эфире салициловой кислоты. Морфометрические исследования микрососудов производили на модулях брюшины широкой связки матки. Измерение площади модулей производили под микроскопом МБС-1 с помощью окулярной сетки при увеличении 8х7. Под микроскопом «Биолам» с использованием винтового окуляр-микрометра МОВ-

15, измеряли длину и диаметр всех сосудов микроциркуляторного русла модуля с учетом их структурно-функциональной принадлежности при увеличении об. 8; ок. 15.

На препаратах, инъецированных тушь-желатиновой массой видно, что источниками артериального кровоснабжения широкой связки матки являются ветви маточных и яичниковых сосудов. К собственному указанной связки направляются собственные артерии широкой связки и параметральные ветви.

Пути оттока крови от широкой связки матки представлены венами, попарно сопровождающими артерии. Они впадают в венозные сплетения матки и яичника. На переднем и заднем листках широкой связки матки определяются двухслойная сосудистая сеть, состоящая из ветвей 1 - 2-го порядков собственных артерий и сопровождающих их вен. Внутри этой первичной сети выявляются более мелкие петли сосудов, образованные артериальными разветвлениями 3 - 5-го порядков и сопровождающиеся венами, которые чаще имеют «независимый» порядок формирования.

Артериолы сопровождаются венами-спутницами. Для артериального русла широкой связки матки – характерен извитой ход сосудов, сопровождающие их вены формируются по мультиконфлюэнтному типу.

Большую часть микроциркуляторного русла широкой связки матки составляет модулярная сосудистая сеть, для зон перехода париетальной брюшины на связку, а также связки на боковую поверхность органа типично пучковое строение микрососудов. Ширина сосудистых пучков при этом доходит до 400-600 мкм.

Артериолы в основном отличаются прямолинейным или слегка волнообразным ходом. В их стенке виден сплошной ряд гладких мышечных клеток. От магистральных артериол со спирально извитым началом отходят сосуды диаметром 19-24 мкм. В артериолах меньшего калибра гладкие мышечные клетки имеют продольное расположение.

В микроциркуляторном русле широкой связки матки можно встретить как относительно, так и сравнительно длинные прекапилляры. Гладкие мышечные клетки в стенке прекапилляров располагаются в основном в начальных участках этих сосудов.

Капиллярная сеть широкой связки матки представлена ячейками овальной, четырехугольной или многоугольной формы. Размеры ячеек составляют от 60x170 до 120x350 мкм. Капилляры широкой связки матки имеют прямолинейный или дугообразный ход. Длина капилляров варьирует в значительных пределах, при своем соединении они образуют крупноячеистые и мелкоячеистые сети. Плотность капилляров широкой связки матки на 1 мм<sup>2</sup> её поверхности составляет в среднем 20,87.

Если в образовании посткапилляра принимают участие небольшое число капилляров, то они отличаются большой протяженностью. Если посткапилляры образуются при слиянии большого числа капилляров, то они короткие и имеют древовидную форму. Посткапилляры широкой связки матки, как правило, не повторяют ход прекапилляров. В широкой связке матки иногда встречаются сосудистые клубочки, остаточные капилляры, последовательно сливаясь и анастомозируя между собой, формируют вены, которые в широкой связке матки отличаются большим диаметром и широкими анастомозами.

В различных участках брюшины широкой связки матки встречаются артериоло-венулярные анастомозы разнообразной формы и строения, имеющие форму продольных и поперечных мостиков. В широкой связке матки выявляются лимфатические капилляры и лимфатические посткапилляры. Местами они прилежат к венулярному отделу кровеносных капилляров и часто проникают внутрь петель кровеносных сетей.

Постоянным признаком микроангиоархитектоники центральной части широкой связки матки является наличие микрососудистых модулей. Площадь модулей в ней варьирует от 8 до 19 мм<sup>1</sup>. В брюшине широкой связки матки модули имеют ромбическую форму. Микроскопия кровеносных модулей брюшины широкой связки матки показывает, что артериальное русло модуля в основном представлено прямолинейными сосудами равномерного диаметра.

Артериолы, последовательно ветвясь, переходят в прекапилляры. Доля этих сосудов, вступающих в кольцо модуля широкой связки матки, составляет 12,5% общего числа его сосудов, что в 2 раза больше количества артериол. Прекапиллярные артериолы в основном, имеют прямолинейный ход.

От прекапилляров во внутренних зонах модулей последовательно или в рассыпном порядке отходят капилляры. Доля капилляров в модуле широкой связки матки достигает 67,5% от общего числа всех его сосудов. Короткие кровеносные капилляры не превышает 50-90 мкм. Местами наблюдается переход посткапилляров непосредственно в вены, благодаря нарастанию калибра и увеличению числа клеточных элементов стенки. В модуле посткапилляры составляют 10% от общего чис-

ла его сосудов. В результате слияния посткапилляров формируются венулы первого порядка. Их доля не превышает 4,1% общего числа сосудов модуля. Как правило, две венулы сопровождают артериолу.

Таким образом, емкость путей оттока крови от капиллярного русла широкой связки матки в 1,5-2 раза превосходит емкость путей притока. Однако не все части широкой связки матки имеют одинаковую вено архитектуру. Особенно плотная венулярная сеть определяется в медиальных и нижних участках широкой связки матки, здесь венулы имеют извитой ход. Длинные венулы в среднем составляют 800 мкм, а длина коротких венул не превышает 370 мкм. Венулярные сосуды в широкой связке матки отличаются большими диаметрами и широкими анастомозами.

В медиальных и нижних участках широкой связки матки определяются значительные скопления венул не входящих в модуль и мелких вен. Они отличаются значительным диаметром и выраженной извитостью. По ходу этих венул и вен отличается чередованием расширенных и суженных фрагментов. В ряде случаев, венулы, как бы оплетают рядом, проходящие артериолы.

В заключение следует отметить, что микроциркуляторного русла широкой связки матки отличается двухслойной архитектурой сосудистых сетей. Более густые участки сети определяются в медиальных и нижних отделах широкой связки матки. Для участков перехода брюшины со стенок таза, а также на поверхность матки характерно пучковое строение микрососудов. В медиальном и нижнем участках широкой связки матки местами выявляется преобладание посткапилляров и широких извитых венул. В местах прохождения через широкую связку матки крупных артериол и венул, капиллярные сети оплетают скопления жировых клеток, образующих здесь своеобразные мягко эластические амортизаторы. Большая часть центральных отделов сосудистого русла широкой связки матки формируют широкопетлистую сеть с модулями прямоугольной, удлинненной и овальной формы. Среди петель кровеносных микрососудов выделяются сети лимфатических капилляров и посткапилляров, а также элементы лимфатического сосудистого сплетения.

#### Выводы

1. Микроциркуляторное русло широкой связки матки имеет двухслойное строение.
2. Более густые участки сети определяются в её медиальных и нижних отделах. Для зон перехода брюшины на поверхность матки характерны пучковые микрососуды.
3. Центральные отделы сосудистого русла широкой связки матки образуют широкопетлистую сеть. По ходу артерий и вен определяются жировые клетки, оплетенные капиллярами.
4. Среди микрососудов выделяются субмезотелиальные лимфатические капилляры и посткапилляры.



Рис. 1. Микроциркуляторное русло в широкой связке матки женщины 30 лет.

Инъекция тушь-желатиной.  
Микрофото. Ув. об. 3,5; ок. 7.

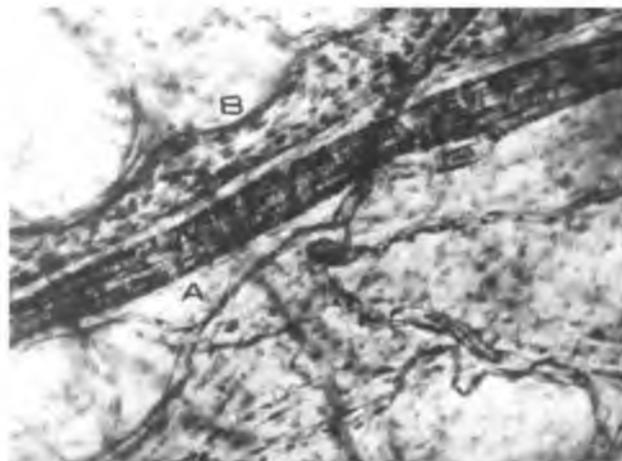


Рис. 2. Артериола (А) в сопровождении венулы-спутницы (В) широкой связки матки женщины 35 лет.

Импрегнация серебром.  
Микрофото. Ув. об. 8; ок. 7.



Рис. 3. Микрососудистый модуль широкой связки матки женщины 30 лет.  
Импрегнация серебром.  
Микрофото. Ув. об. 3,5; ок. 7.

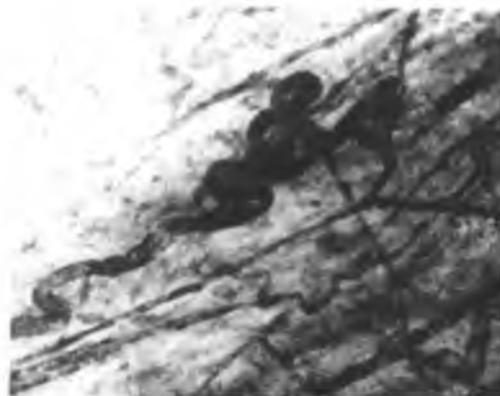


Рис. 4. Фрагмент сосудистой клубочки в широкой связке матки женщины 35 лет.  
Импрегнация серебром.  
Микрофото. Ув. об. 8; ок. 7.

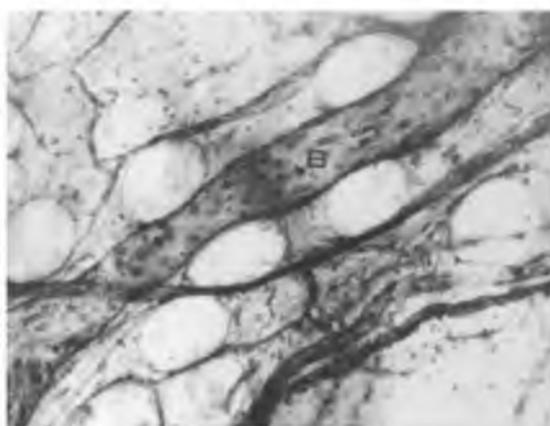


Рис. 5. Вена (В) с неравномерным диаметром в широкой связке матке женщины 34 лет.  
Импрегнация серебром.  
Микрофото. Ув. об. 8; ок. 7.

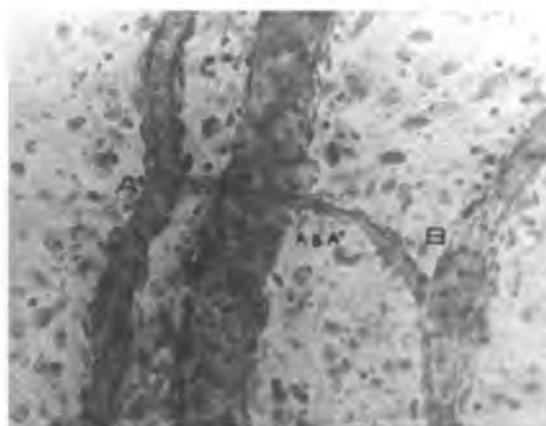


Рис. 6. Артериоло-венулярный анастомоз (АВА) в широкой связке матки женщины 35 лет.  
Импрегнация серебром.  
Микрофото. Ув. об. 20; ок. 7

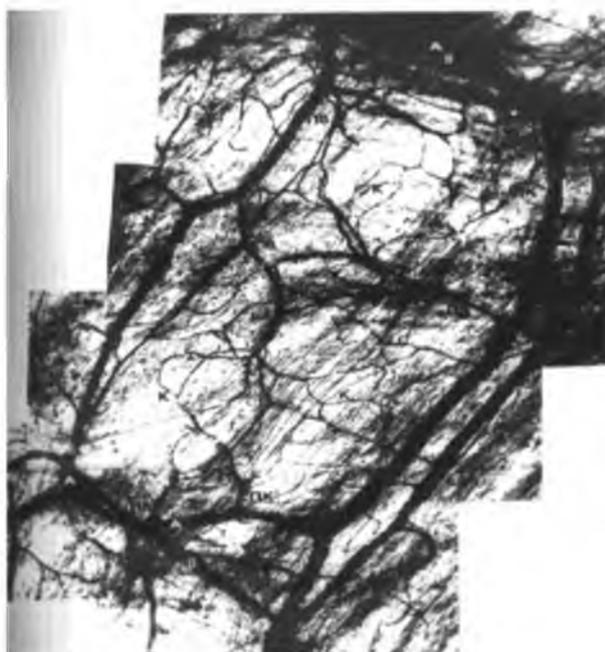


Рис. 7. Модуль МЦР широкой связки матки женщины 30 лет.  
Импрегнация серебром.  
Микрофотореконструкция. Ув. об. 6; ок. 7.

## **Литература**

1. Брауде А.И. О всасывающей способности брюшины малого таза женщины // *Акушерство и гинекология*. - 1950. - №1. - С. 8-13.
2. Лапина З.В. Возрастные особенности кровеносных сосудов широкой связки матки // *Труды VI-й научной конференции по возрастной морфологии, физ. и биох.* - М., 1965. - С. 561-563.
3. Лоцманова А.И., Кузнецов В.В. Особенности микроциркуляторного русла, париетальной брюшины малого таза плодов человека // *Морфология кровеносных систем*. - Уфа, 1984. - С. 98-100.
4. *Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т.* / А.В. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. 2009. - Т. 2. - 480 с.
5. Цуканов А.И., Байтингер В.Ф. Способ пластики мочеточника трансплантатом маточной трубы // *Журнал вопросы хирургии*. - Томск. - Март 2006. - С. 40-42.

## **СТРУКТУРЫ ЛИМФАНГИОНОВ ГРУДНОГО ПРОТОКА**

**М.Б. Бактыбекова, А.Т. Алымкулов, Т.С. Абаева**

Кафедра нормальной и топографической анатомии

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Т.С. Абаева**

### **Введение.**

Выделение структурно-функциональной единицы лимфатических сосудов лимфангиона открывает большие возможности для исследования структурных основ моторной функции лимфатического русла [1,2,5,9].

Целесообразным является использование не только общепринятой методики гистологических срезов, но и тотального препарата. Последний позволяет выявить количество, ориентацию и взаиморасположение мышечных элементов на всем протяжении органа [6,7,8,10]. Эти данные лежат в основе использования грудного протока в качестве активного пути транспортирования лекарственных препаратов [3,4].

**Целью исследования** явилось изучение основ моторной функции грудного протока и выявление динамики морфометрических параметров лимфангионов.

### **Материалы и методы.**

Объектом исследования были грудной проток от 18 кроликов самцов, массой 2-4 кг.

В работе использован комплекс методик: инъекция грудного протока синей массой Грота, препарирование под бинокулярной лупой, изготовление тотальных препаратов, окрашенных галлоционином, и гистологических срезов, окрашенных гематоксилин-эозином, резорцин-фуксином по Вейгерту, а также морфометрическое исследование. Последние включает подсчет количества лимфангионов на всем протяжении грудного протока, измерение длины и калибра каждого лимфангиона с помощью окуляр-микрометра. Объем лимфангионов вычисляли по упрощенной формуле эллипсоида. Количество миоцитов на тотальных препаратах определяли в сетке Стефанова, вмонтированной в окуляр микроскопа МБИ-10 (об. 40, ок. 7). Все цифровые показатели обработаны методом вариационной статистики по Р.Б. Стрелкову.

### **Результаты исследования и их обсуждения.**

Грудной проток начинается сплетением лимфатических сосудов под правой почкой в области третьего-первого поясничных позвонков. Сплетение располагается между поясничными мышцами. Далее грудной проток следует по дорсальной поверхности аорты справа одним стволом до пятого грудного протока. Затем на уровне четвертого-третьего грудных позвонков переходит на левую поверхность пищевода, формируя легкий изгиб и идет по нему до первого грудного позвонка, где опускаясь, впадает в левую краниальную полую, реже яремную вену на уровне первого ребра. На некоторых препаратах грудной проток проходит двумя стволами на расстоянии в два-три мм друг от друга, и анастомозируя друг с другом дважды или трижды.

Количество лимфангионов варьирует от 9 до 24, либо  $16 \pm 0,25$  случаев. Выявлены лимфангионы короткие, длинные и средние [8]. Вблизи к цистерне чаще встречаются длинные лимфангионы  $5,45 \pm 1,1$  мм, а в шейном отделе составляет в среднем  $2,58 \pm 0,22$  мм. Не встречали, чтобы лимфангионы обладали примерно равной длиной. Мышечные пучки ориентированы под углом к продольной оси протока. В зависимости от угла, которой мышечные пучки образуют с осью сосуда, различают ориентацию по пологой (1-25 град), промежуточной (30-50 град) и крупной (60-90 град) спирали. Мышечные пучки манжетки залегают в три слоя: внутренний, средний и наружный. Миоциты внут-

ренного слоя располагаются под эндотелием, на некоторых участках манжетки могут отсутствовать и ориентированы, как правило по пологой спирали. Средний слой представлен двумя рядами. В наружном слое манжетки залегают пологоспиральные мышечные пучки с мощными коллагеновыми прослойками между ними. В пределах каждого слоя и между слоями мышечные пучки взаимосвязаны, непрерывного разделения слоев коллагеновыми и эластическими волокнами не наблюдалось. В стенке клапанного синуса мышечные пучки не образуют сплошных слоев, как в манжетке. В зависимости от преимущественной ориентации мышечных пучков, стенка синуса может быть сформирована по круто-промежуточному или полого-спиральному типу, причем первый тип характерен для коротких лимфангионов шейной части протока, а два другие для лимфангионов ниже и среднегрудного отделов. Вдоль места прикрепления створки следует клапанный валик. Он образован коллагеновыми и мышечными волокнами, ориентированными по основанию створки.

#### **Выводы.**

1. В стенке клапанного синуса мышечные не образуют сплошных слоев, как в манжете.
2. В зависимости от преимущественной ориентации мышечных пучков стенка синуса может быть сформирована по круто-промежуточно или полого-спиральному типу. Причем первый тип характерен для коротких лимфангионов шейной части протока, а два другие для лимфангионов ниже и среднегрудного отделов.
3. Вдоль места прикрепления створки следует клапанный валик. Он образован коллагеновыми и мышечными волокнами, ориентированными по основанию створки.
4. В верхних отрезках валика, там, где сходятся створки, выражены полого-спиральные мышечные пучки.

Таким образом, манжетка лимфангионов грудного протока кроликов представляет собой многослойный мышечный комплекс, элементы которого ориентированы спирально и организованы согласно пучково-сетчатому принципу, т.е. взаимодействуют, как в пределах слоя, так и между слоями.

#### **Литература.**

1. Борисов А.В. Значение конструкции лимфангиона как структурно-функциональной единицы лимфатического сосуда для биологии и медицины // Тез. докл. II съезда лимфологов России. СПб, 2005. С. -29-30.
2. Зашихин А.Л., Селин Я., Болдуев В. А., Агафонов Ю. В. Организация мышечного компонента стенки лимфангионов различных отделов лимфатического русла // Морфология. – 2005. – Т. 1.– С. 29-33.
3. Корепанова Ю.П., Болдуев В.А., Зашихин А.Л., Агафонов Ю.В. Морфофункциональная организация гладкой мышечной ткани лимфангионов грудного протока крысы // науч. журнал Экология человека. – 2012. С.- 59.
4. Петренко В.М Представления о структурной организации активного лимфотока между соседними лимфангионами // Морфология. – 2007. – Т. 132, №4. – С. 87-92.
5. Петренко В.М Структурные основы активного лимфотока в грудном протоке собаки // Сиб. науч. мед. журнал. – 2009. – С.65-68.
6. Фионик О.В., Семенов А. Ю., Бубнова Н. А., Петров С. В. Стандарты в лечении лимфедемы нижних конечностей // Тез. докл. 2 съезда лимфологов России. – СПб, СПбГУ, 2005. – С. 324-326.
7. Панченко Р.Т. и соавт. Лимфосорбция. 1982.
8. Куприянов В.В., Бородин Ю.П. и соавт. Микролимфология. М. - 1983.
9. Орлов Р.С., Борисов А.В. Лимфатические сосуды. Л. - 1983.
10. Матюхина Е.А. Лимфангионы грудного протока человека в условиях возрастной нормы. Автореф. диссерт. к.м.н. Ярославль. - 1986.

## **ГЛУБИНА РАСПОЛОЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫСОТЫ ЕЕ ОТХОЖДЕНИЯ**

**А.Т. Алымкулов, А.А. Матекова, Т.С. Абаева**

Кафедра нормальной и топографической анатомии,

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Абаева Т.С.**

**Актуальность.** ИБС является одной из главных причин смерти, по данным ВОЗ [1,2,3,4,5]. В мире ежегодно проводится 800 000 операций аортокоронарного шунтирования [1]. В связи с широким распространением этого направления кардиохирургии врачам необходимо иметь максимально полное представление об анатомии сердца, особенно важно знать расположение и ход

магистральных сосудов коронарного русла, учитывая индивидуальные особенности человека. Точных данных о глубине залегания коронарных артерий в доступной литературе нами не найдено.

**Цель.** Выявить глубину залегания коронарных артерий, корреляционные связи с индивидуальными анатомическими особенностями сердца, имеющихся соматических патологий. Задачи. Усовершенствовать методику проведения исследования. Определить положение коронарных артерий в субэпикардальной жировой клетчатке, выявить корреляцию анатомических параметров сердца.

**Материалы и методы.** Материалом исследования являлись 15 сердец людей, умерших от внесердечной патологии, в возрасте от 49 до 84 лет. Среди них 7 женщин и 8 мужчин. Исследование сердца происходило следующим образом: измерялись масса сердца, длинник и поперечник сердца, толщина миокарда правого и левого желудочков в области присоединения сосочковых мышц к сухожильным хордам, диаметр аорты и легочного ствола, определялась высота отхождения коронарных артерий от аорты. Далее производился ряд поперечных разрезов по ходу коронарных артерий, осуществлялись измерения следующих расстояний: эпикард-артерия, артерия-миокард, артерия-эндокард. Измерения глубины залегания коронарных сосудов в субэпикардальном жире проводились в определённых позициях, которые были выбраны нами с учетом сегментарного деления коронарных. Все полученные данные были обобщены в составленную нами таблицу, далее проводилась статистическая обработка данных.

#### **Выводы.**

1. Магистральные отделы коронарных артерий во всех изученных случаях располагались в субэпикардальном жире преимущественно на границе поверхностной и средней третьей толщины жирового слоя;
2. Более высокое отхождение коронарной артерии от аорты определяет ее более поверхностное расположение;
3. Большой диаметр коронарной артерии сопровождается более поверхностным ее расположением;
4. Более высокое отхождения коронарной артерии от аорты определяет ее больший диаметр;
5. Правая коронарная артерия залегает глубже левой коронарной.

#### **Литература.**

1. *Heart Disease and Stroke Statistics-2006 Update: A Report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation, January 2006. 113(1):85-151.*
2. *Алексанянц Г.Д. Спортивная морфология. Учебное пособие. - Советский спорт, 2005. - 21 с.*
3. *Аносов И.П., Хоматов В.А. Анатомия человека в схемах. Советский спорт. Учебник. - К.: Высшая шк., 2002. - 191 с.*
4. *Мершин К.В. Эффективность операций коронарного шунтирования при ишемической болезни сердца. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва. - 2008.*
5. *Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник: в 2 т. / А.В. Николаев. - 2-е изд., испр. и доп. 2009. - Т. 2. - 480 с.*

## **МОРФОЛОГИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА У АЛКОЗАВИСИМЫХ БЕЗДОМНЫХ ЛИЦ В ЗИМНИЙ СЕЗОН**

**Н.А. Матекова, А.Т. Алымкулов, Т.С. Абаева**

Кафедра нормальной и топографической анатомии,  
Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Т.С. Абаева.**

**Актуальность.** По данным статистической отчетности, проводимой Российским центром судебно-медицинской экспертизы, смертельные отравления алкоголем и его суррогатами составляют более 52% всех отравлений. Уровень потребления алкоголя в постсоветских странах очень высок – 15 л на душу населения, в то время как в Европе в два раза меньше 7-8 л. В то же время, за последние 10 лет, в городах бывшего советского союза, более 150000 человек погибли от общего переохлаждения организма, в крови которых был обнаружен алкоголь [1,2,3].

**Цель исследования.** На основе анализа морфологических изменений в поджелудочной железе при смертельных острых отравлениях алкоголем и летальной гипотермии провести исследование секционного материала и установить соответствие, либо несоответствие полученных морфологических данных, уже имеющимся судебно-медицинским экспертным критериям.

**Материал и метод исследования.** В работе проведен морфологический анализ 22 случаев (10 мужчин и 12 женщин в возрасте 18-67 лет), в которых был выставлен диагноз: острое отравление алкоголем и общее переохлаждение организма. Материал фиксирован в 10% растворе нейтрального формалина. Для гистологического исследования вырезались кусочки из головки, тела, хвоста поджелудочной железы. Парафиновые срезы окрашивались гематоксилином и эозином по стандартной методике. Использовалась окраска MSB (марциус алый голубой) на фибрин и соединительную ткань. В каждом случае устанавливалось наличие или отсутствие морфологических признаков поражения поджелудочной железы, проводилось сравнение с уже имеющимися судебно-медицинскими критериями смерти от общего переохлаждения и острого отравления алкоголем.

**Результаты и их обсуждение.** Исходя из анализа литературных и судебно-медицинских данных, удалось установить стандартную морфологическую картину, наблюдаемую на препаратах поджелудочной железы, если причиной смерти явилось острое отравление алкоголем или общее переохлаждение организма. У погибших от отравления этанолом зарегистрировано нарушение дольчатого строения железы, присутствие кальцинатов, липоматоза – включения жировых гранул, присутствие очагов жирового и геморрагического некроза, включений, сходных с алкогольным гиалином, очагов кровоизлияния в ткань железы и в окружающую клетчатку, полнокровие междольковых и внутридольковых вен, белковых преципитатов.

**Выводы.** При смерти от общего переохлаждения организма на фоне алкогольной интоксикации в 36,3% случаев на препаратах имеется нарушение дольчатого строения и общей структурной целостности поджелудочной железы, что соответствует описанным в литературе изменениям в таких случаях и является прямым следствием мембранотропного действия этилового спирта. На подавляющем большинстве препаратов – в 86,3% случаев, на препаратах можно отметить очаги кровоизлияний, как в ткань железы, так и в окружающую клетчатку. Очаги некроза и фиброза на препаратах отмечаются в 76,7% случаев и в большей степени обнаруживаются при смерти от 124 общего переохлаждения на фоне алкогольной интоксикации, что, однако, является не следствием повреждающего действия низких температур, а скорее свидетельствует о длительном злоупотреблении алкоголем погибшего от холода. На препаратах, где причиной смерти явилось острое отравление алкоголем, очаги встретились в 40% случаев. Это, по-видимому, связано с тем, что классические кровоизлияния в поджелудочной железе попросту не успевают сформироваться ввиду скоротечности умирания.

#### **Литература.**

1. Букешов, М.К. Морфологические особенности острых отравлений суррогатами алкогольных напитков / М.К. Букешов, И.Н. Богомолова, Е.В. Кучина // *Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе : сб. пленар. и стенод. докл. Всерос. науч.-практ. конф. с международ. участием, посвящ. 75-летию Рос. центра судеб.-мед. экспертизы, 17-20 окт. 2006 г. – М., 2007.*
2. Клевнов В.А., Кучина Е.В. Особенности клинических, лабораторных и морфологических проявлений смертельных и не смертельных отравлений суррогатами алкогольных напитков / В.А. Клевнов, Е.В. Кучина // *Суд.-мед. экспертиза. – 2008. – №5. – С. 36-38.*
3. Судебно-медицинская оценка токсического гепатита при отравлениях суррогатами алкогольных напитков / Ю.В. Солодун, В.А. и др. // *Суд.-мед. экспертиза. – 2008.*

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ЖИВОТНЫХ В УСЛОВИЯХ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Р.Ш. Сушанло, А.Т. Алымкулов, А.К. Салихова, Р.Р. Тухватшин, Т.С. Абаева**

Кафедра патологической физиологии, нормальной и топографической анатомии,  
Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Научный руководитель: д.м.н., профессор **Р.Р. Тухватшин**, к.м.н., доцент **Т.С. Абаева**

#### **Введение.**

В связи с повсеместным ростом числа сердечно-сосудистых заболеваний понимание процесса развития атеросклероза является важной задачей медико-биологических исследований.

Существует множество гипотез, объясняющих возникновение атеросклероза. Большинство из них сводится к повреждению эндотелия сосудов (обусловленному действием механических, химических, инфекционных агентов), изменению липопротеинового профиля, повышенной активности иммунной системы и неопластическим изменениям в стенке сосуда [1,2,3,4,5]. Однако общепризнанной картины патогенеза атеросклеротического процесса до сих пор нет. Это обстоятельство и необходи-

мость разработки новых терапевтических подходов обуславливают моделирование атеросклеротического процесса.

В субхроническом эксперименте было показано, что свинец способен накапливаться в сосудистой стенке-наблюдалось повышение содержания свинца в аорте в 10 раз по сравнению с контрольным уровнем, что в дальнейшем приводит к развитию вазотоксических эффектов [6,7]. При воздействии свинца наблюдалось существенное увеличение генерации активных форм кислорода, что способствовало развитию оксидантного стресса, а также нарушению обмена NO в организме подопытных животных.

Свинец разнонаправленно влиял на активность конститутивной (cNOS) и индуцибельной (iNOS) изоформ NO-синтазы, от которой главным образом зависит регуляция сосудистого тонуса и артериального давления [7].

Целью настоящего исследования явилась проверка гипотезы (морфологически) формирования атеросклероза путем ведения жировых эмульсий, точнее увеличения при этом ТГ, ЛПНП, ЛПОНП, при наличии дополнительно свинцового отравления, которые должны привести к развитию дислипотеинемии, атеромы сосудов как наиболее значимых признаков, характеризующих развитие атеросклероза у человека.

#### **Материалы и методика исследования.**

Данная работа проводилась на кафедре патологической физиологии Кыргызской Государственной Медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. В экспериментах использовались 66 лабораторных животных – самцы кроликов породы шиншилла. Животные содержались в виварии в соответствии с «Санитарными правилами по устройству, оборудованию и содержанию экспериментально-биологических помещений (вивариев)». Работа с данными лабораторными животными проводилась с соблюдением положения Европейской конвенции по охране позвоночных животных и национального законодательства по гуманному обращению с животными.

В соответствии с поставленной задачей животных разбили на 2 группы, по 6 кроликов в каждой, со средней исходной массой тела  $2,97 \pm 0,107$  кг.

1 – контрольная группа, состояла из интактных лабораторных животных, которым вводили NaCl, и по крови которых проводили сравнительный анализ с другими группами;

2 – группа, которой длительное время вводился 1,5% раствор уксусного свинца (из расчета 15 мг/кг) и внутривенно вводили 10% раствор липофундина (из расчета 0,5 мл/кг); для того чтобы создать хроническое отравление свинцом, вызывая свинцовую интоксикацию и экспериментальный атеросклероз – ежедневно в течение 30 дней.

Липофундин (состав: соевое масло – 50 г, среднецепочные триглицериды – 50 г, фосфотиды яичного желтка – 12 г, глицерол – 25 г, вода для инъекций – 1000 мл).

До и после окончания эксперимента делали забор крови из краевой вены уха в объеме 3-4 мл, и отправляли в частную лабораторию для определения биохимический анализ крови (липидный спектр крови).

После окончания эксперимента умерщвляли кролика путем воздушной эмболии, затем вскрывали животное и забирали аорту на гистологическое исследование.

#### **Результаты и их обсуждения.**

В ходе исследования были получены следующие результаты:

- у контрольных кроликов, которым однократно вводили NaCl, изменений в структуре аорты не обнаружено. Интима арты представлена в виде единственного эндотелиального слоя, который плотно прилегает к внутренней эластичной мембране; медиа аорты состоит из нескольких слоев мышечных клеток и экстрацеллярного коллагенного матрикса, разделенного эластиновыми пластинками; адвентиция аорты представлена соединительной и жировой тканью.

Гистологический анализ аорты экспериментальных кроликов выявил изменения, характерные для атеросклероза. Наблюдается несколько видов изменений стенки аорты, которые могут рассматриваться как разные стадии развития атеросклеротических повреждений. 1 – видны утолщение интимы, дезорганизация медиа, обнаруживаются скопления лейкоцитов в интимае и между медиа и адвентицией, не просматривается elastic lamina, что может представлять собой ранние атеросклеротические повреждения сосудов. 2 – представлен участок аорты с более глубокими нарушениями интима-медиа комплекса. Наблюдаются участки полного разрушения интимы, вспучивания и обнажения медиа. Таким образом, однократная внутривенное введение эмульсии Липофундина 10%-го вызывает повреждения стенки аорты, типичные для атеросклероза.

## **Выводы.**

В аорте животных при воздействии свинца депонирование NO происходило преимущественно за счет высокомолекулярных нитрозотиолов, что свидетельствует об активации процессов нитрозилирования SH-групп белков и именно это и приводила к изменению их функциональной активности. Снижение уровня низкомолекулярных нитрозотиолов при воздействии свинца возможно вследствие уменьшения пула низкомолекулярных тиолов в аорте, поскольку свинец, как типичный представитель тиоловых ядов, блокирует свободные тиоловые группы. Следовательно нарушения продукции и обмена NO при воздействии свинца приводят к изменению функциональных свойств сосудистой стенки: нарушению эндотелийзависимого расслабления при сохраненной реакции на эндотелийнезависимые нитрогосдилататоры, что свидетельствует о выраженной эндотелиальной дисфункции, затем и развитию оксидантного и нитрозильного стресса. За счет чего и повышается риск развития гипертензии и атеросклероза, нарушение липидного обмена, повышение тонуса сосудов. Таким образом, введение кроликам жировой эмульсии (Липофундин 10%) на фоне свинцовой интоксикации способствует более высокому уровню холестерина крови, значительному увеличению содержания липидов (ТГ, ЛПНП, ЛПОНП и снижению ЛПВП) в стенке аорты и большей распространенности атеросклеротического поражения последней.

На сегодняшний день структурно-функциональным изменениям миокарда, развивающимся в условиях гиперхолестеринемии до момента атерогенной окклюзии коронарных сосудов, и их коррекции уделяется относительно мало внимания, что отражается на невысокой эффективности пост ишемической терапии, развитии тяжелой сердечной недостаточности и частых летальных исходах.

Проблема экологии не менее актуальна. Из наиболее распространенных токсикантов промышленно развитых регионов Украины, Казахстана, некоторых частей РФ, также Кыргызстана являются свинец. Соединения свинца известны своей высокой токсичностью; особенно чувствительны к отравлению свинцом дети. Индивидуальная восприимчивость к отравлению свинцом сильно различается, одни и те же дозы свинца могут давать больший или меньший эффект для разных людей, поэтому интерес в экспериментальной медицине и биологии к изучению влияния соединений свинца на сердечно-сосудистую систему оправдан. И необходимо дальнейшее исследование данного вопроса для разработки методов профилактики и лечения различных экологических заболеваний.

## **Литература:**

1. *Факторы и механизмы развития коронарного атеросклероза / Ю.И. Рагино, А.М. Чернявский, А.М. Волков, И.И. Воевода. – Новосибирск: Наука, 2011. – 168 с.*
2. *Климов А.Н. Причины и условия развития атеросклероза / Под ред. Косицкого Г.И. Превентивная кардиология: М. «Медицина». – 1977. – С. 260-321.*
3. *Cole J.E., Georgiou E., Monaco C. The expression and functions of toll-like receptors in atherosclerosis // Mediators of Inflammation. – 2010. – Vol. 2010. – P. 1-18.*
4. *Luczak M., Formanowicz D., Pawliczak E., Wanic-Kossowska M. et al. Chronic kidney disease-related atherosclerosis – proteomic studies of blood plasma // Proteome Science/ - 2011. – Vol. 9. – P. 25.*
5. *Santos M.J., Fonseca J.E. Metabolic syndrome, inflammation and atherosclerosis – the role of adipokines in health and in systemic inflammatory rheumatic disease // Acta Reumatol.Port. – 2009. – Vol. 34. – P. 590-598.*
6. *Трахтенберг И.М. Профилактична токсикология та медична екологія. Киев: Авицена; 2011.*
7. *Ревич Б.А. экологическая эпидемиология. М.: Академия; 2004.*

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПУТЕМ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЛИПОФУНДИНОМ, СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ И УСЛОВИЯМИ ВЫСОКОГОРЬЯ**

**Тухватшин Р.Р., Сушанло Р.Ш., Минбаева А.Ж., Касымбеков Ж.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Атеросклероз – наиболее распространенное хроническое заболевание артерий, причиной которого является ряд факторов, в числе которых липофундин. Мы смоделировали опытную группу, которым внутривенно вводили эту жировую эмульсию. Кроме того, мы параллельно моделировали хроническую свинцовую интоксикацию путем введения *per os* ацетата свинца в течение 30 дней. Наши данные показали, что липофундин 10% индуцирует гиперлипидемию, а ацетат свинца – свинцовую интоксикацию. Исследование влияния условий высокогорья выявило незначительные изменения.

**Ключевые слова:** гиперлипидемия, атеросклероз, липофундин, ацетат свинца, высокогорье  
**ЛИПОФУНДИН, КОРГОШУН АЦЕТАТЫ ЖАНА ТОО БИЙНКТИГИ МЕНЕН  
МОДЕЛДЕГЕН ЭКСПЕРИМЕНТАЛДЫК АТЕРОСКЛЕРОЗДУН  
МОРФОЛОГИЯЛЫК ОЗГОРҮҮЛӨРҮН ТАЛДОО**  
Тухватшин Р.Р., Сушанло Р.Ш., Минбаева А.Ж., Касымбеков Ж.К.  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Атеросклероз – бул кайсы бир катар себептер менен шартталган жалпы өнөкөт кан тамыр оорусу, анын ичинде липофундин 10% бар. Биз эксперименталдык топту моделдеп, кан тамырына 10% липофундин май эмульсиясын киргиздик. Андан тышкары, кийинки топко коргошун ацетатын оозуна 30 күн берип, интоксикацияны моделдедик. Биздин маалыматтар көрсөткөндөй, 10% липофундин гиперлипидемияга алып келди. Ал эмесе, коргошун ацетаты интоксикациянын себеби болду. Бийик тоолуу шарттар изилдөөдө эч бир маанилүү өзгөрүүлөрдү көрсөткөн жок.

**Негизги сөздөр:** гиперлипидемия, атеросклероз, липофундин, коргошун ацетаты, бийик тоолуу шарттар.

### **MORPHOLOGICAL ANALYSIS OF EXPERIMENTAL ATHEROSCLEROSIS MODELING BY LIPOFUNDIN, LEAD INTOXICATION AND HIGH ALTITUDE CONDITIONS.**

**Tukhvatshin R.R., Sushanlo R.Sh., Minbaeva A.J., Kasymbekov J.K.**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Atherosclerosis is the most common chronic disease of the arteries, caused by a number of factors, including lipofundin. We modeled an experimental group, which was injected intravenously with a fat emulsion called "lipofundin". In addition, we parallelly simulated chronic lead intoxication by introducing per os lead acetate for 30 days. Our data showed that lipofundin 10% induces hyperlipidemia, and lead acetate induces intoxication. The study of the influence of high altitude conditions revealed insignificant changes.

**Key words:** hyperlipidemia, atherosclerosis, lipofundin, lead acetate, highlands.

**Введение.** Атеросклероз – хроническое сосудистое заболевание, которая является ведущей причиной смерти во всем мире. Удержание липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в артериальной стенке [1] и их окисление реактивными кислородными видами (ROS) ini – представляет собой сложную серию биохимических реакций [2,3]. Окисление липопротеинов происходит через макрофаги, что приводит к образованию пенных клеток [4]. Окисленный холестерин, присутствующий в крови и в артериальных бляшках способствует развитию атеросклероза [5]. В настоящее время имеется еще одна глобальная проблема человечества – это отравление солями тяжелых металлов, в частности свинцом. По данному вопросу проводились много различных экспериментов, но токсические эффекты на сердечно-сосудистую систему у животных, адаптированных к условиям высокогорья, на фоне поступления свинца в организм, не изучены [8,9].

**Цель исследования:** подтвердить или опровергнуть появление атеросклероза при моделировании путем введения липофундина, ацетата свинца и в условиях высокогорья.

Задачами являются показать морфологические изменения при этих поражениях.

**Материалы и методы.** Данная работа проводилась на кафедре патологической физиологии Кыргызской Государственной медицинской академии. В эксперименте использовались 4 группы беспородистых кроликов, массой 2,5-3 кг. Первая опытная группа шесть дней в неделю в течение 30 дней получали по 0,5 мг/кг 10% жировой эмульсии «Липофундина» внутривенно. Вторая опытная группа получали peros в дозе 15 мг/кг массы тела животного 1,5%-го уксуснокислого свинца (ацетат свинца). До и после эксперимента проводился анализ крови на липидный спектр, включающий определение общего холестерина и липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) на биохимическом полуавтоматическом анализаторе StatFax 1904+, при помощи реактивов «SPINREACT». Кровь брали из краевой вены уха кролика. Третья группа кроликов помещали в течение 30 дней в барометрическую камеру на 6000 м над у.м., 6 дней в неделю. Четвертая группа была интактной (чистая). Следующим этапом эксперимента является взятие органов (сосуды и сердце) для приготовления гистологических препаратов. Методика окрашивания срезов гематоксилин-эозином. Срезы переносят в дистиллированную воду. Целлоидиновые срезы переносят из одного бюкса в другой с помощью препаратальной

иглы с загнутым концом. Депарафинированные и замороженные срезы можно окрашивать на предметном стекле, наливая или сливая соответствующие растворы.

Растворы красителей при этом можно сливать обратно для повторного использования.

**Результаты и их обсуждение.** В первой опытной группе при гистологическом анализе аортальной стенки кролика определяется утолщение интимы, характеризующаяся искажением архитектуры сосудистой ткани. Так же выявляются фибриноподобные вещества, накопление ШИК-позитивного материала в интимае. Встречаются кардиомиоциты, цитоплазма которых вакуолизована (рис. 1). Во второй опытной группе с хронической свинцовой интоксикацией отмечается выраженный мукоидный отек интимы, гомогенизация гладкомышечных клеток. Цитоплазма имеет признаки мелкокапельной вакуолизации (рис. 2). В третьей опытной группе с барокамерной гипоксией выявлена пролиферация макрофагов и умеренный мукоидный отек, липиды в цитоплазме не обнаружены (рис. 3). В контрольной группе в отличие от опытных групп не обнаружены утолщения интимы, искажения в архитектуре сосудистой ткани (рис. 4).

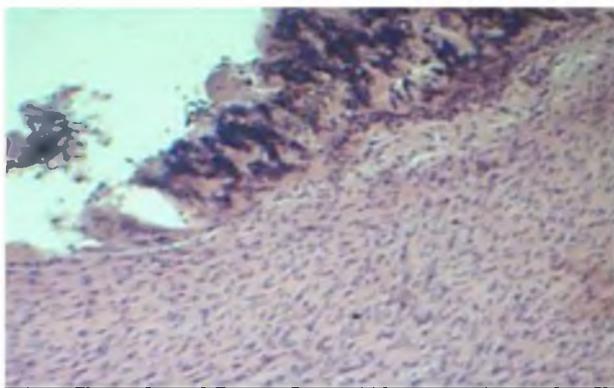


Рис. 1. Гистопатологический анализ аортальной стенки кролика. Ув. 240. гематоксилин-эозином. Опытная группа получавшая липофундин.

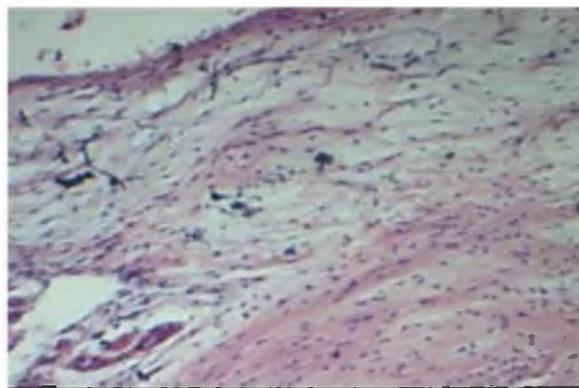


Рис. 2. Гистологический анализ. На стенке аорты несколько фрагментов миокарда у группы с хронической свинцовой интоксикацией. Ув. 240. Окрашено гематоксилин-эозином.

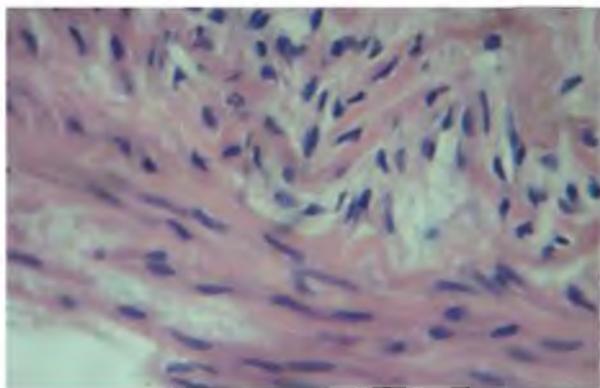


Рис. 3. Гистологический анализ группы с барокамерной гипоксией. Ув. 400. Окрашено гематоксилин-эозином.

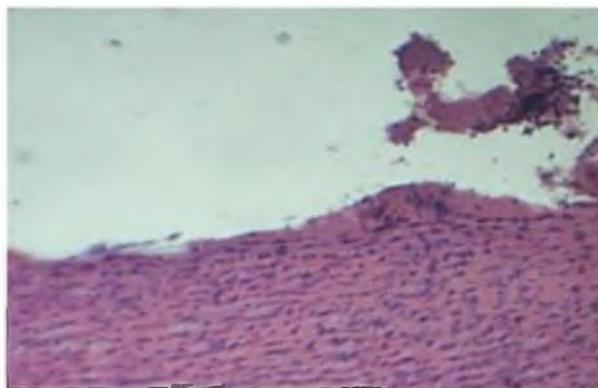


Рис. 4. Гистопатологический анализ аортальной стенки кролика. Не обнаружены утолщения интимы, искажения в архитектуре сосудистой ткани. Ув. 240.

**Выводы.** При моделировании экспериментального атеросклероза и свинцовой интоксикации было выявлено значительное изменение липидного спектра, и тому подтверждение гистологическая анализ картин аорты, которое влияет на развитие атеросклероза. Однако данное исследование выявило незначительные изменения липидного спектра при моделировании высотной гипоксии, что дает право считать высотную гипоксию или барокамеру методом снижения или нормализации липидного обмена и как средство профилактики появления атеросклеротических бляшек на стенках кровеносных сосудов.

Использование лабораторных животных призвано помочь разработке новых терапевтических решений, которые позволяют не только снизить уровень липидов, но и получить атеросклеротические изменения, сходные с человеческими.

#### **Литература.**

1. K.J. Williams and I. Tabas, "The response-to-retention hypothesis of early atherogenesis," *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, vol. 15, no. 5, pp. 551-562, 1995.
2. D. Steinberg, S. Parthasarathy, T.E. Carew, J.C. Khoo, and J.L. Witztum, "Beyond cholesterol: modifications of low-density lipoprotein that increase its atherogenicity," *The New England Journal of Medicine*, vol. 320, no. 14, pp. 915-924, 1989.
3. D. Steinberg, "Atherogenesis in perspective: hypercholesterolemia and inflammation as partners in crime," *Nature Medicine*, vol. 8, no. 11, pp. 1211-1217, 2002.
4. R. Stocker and J.F. Keaney, "Role of oxidative modifications in atherosclerosis," *Physiological Reviews*, vol. 84, no. 4, pp. 1381-1478, 2004.
5. Scoczynska, "The role of lipids in atherogenesis," *Poste ,pyHigienyiMedycyny Do' swiadczalnej*, vol. 59, pp. 346-357, 2005.
6. H. Jellinek, J. Harsing, and S. Fuzesi, "A new model for arteriosclerosis. An electron-microscopic study of the lesions induced by i.v. administered fat," *Atherosclerosis*, vol. 43, no. 1, pp. 7-8, 1982.
7. M. Noa and R. Mas, "Ateromixol y lesi ' on ateroescler ' otica ' en Conejos inducidaporLipofundin," *Progresos en Ciencias M' edicas*, vol. 6, pp. 14-19, 1992.
8. *Гистология: учебник / под ред. Э.Г. Улумбекова, Ю.А. Чельшева. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002.*
9. *Кузнецов, С.Л. Гистология, цитология и эмбриология: учебник для студентов медицинских вузов / С.Л. Кузнецов, Н.Н. Мушкамбаров. - М., 2012*

## **МОРФОГЕНЕЗ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ЗОН БРЫЖЕЕЧНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КРЫС ПРИ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ**

**Н.К. Кайратов, А.Т. Алымкулов, Т.С. Абаева**

Кафедра нормальной и топографической анатомии,

Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Т.С. Абаева**

#### **Актуальность.**

Современная научная литература освещает многочисленные сведения, отражающие неблагоприятное состояние здоровья детей и подростков, их повышенную заболеваемость в условиях антропогенного загрязнения окружающей среды [1,2,3,4,5]. Однако сложно установить вклад тяжелых металлов в развитие различной патологии, так как воздушная среда, почва и вода крупных промышленных городов загрязнены не только тяжелыми металлами, но другими ксенобиотиками, выбрасываемыми при сгорании топлива (сернистый газ, бензпирены, диоксины, окислы азота и многие другие). Более точные данные могут быть получены при изучении состояния здоровья детей в городах, где металлы в среде обитания занимают ведущее место среди других ксенобиотиков [1,2,3,4,5]. Однако в современной России крайне сложно найти такие промышленные центры. Исходя из этого необходимо моделирование влияния тяжелых металлов в эксперименте. Общеизвестный факт, что свинец, ртуть, кадмий относятся к I классу токсичности, так как действуя на организм 52 человека даже в малых количествах, они приводят к серьезным поражениям нервной системы, почек, органов кроветворения [1]. Общим свойством этих металлов служит также их воздействие на иммунную систему человека, особенно в раннем возрасте [4].

**Цель работы** – исследовать зональные перестройки в структуре мезентериального лимфатического узла в условиях накопления свинца.

#### **Материалы и методы.**

Объектом исследования являлись мезентериальные лимфатические узлы самцов крыс породы Wistar, которые с 4-х недельного возраста 1 раз в сутки получали пищу с ацетатом свинца. Для этого вводили растворенный в физиологическом растворе ацетат свинца в дозировке 10 мг/кг веса. Для достижения этого перед каждым кормлением экспериментальных животных взвешивали и в соответствии с массой инсулиновым шприцом в пищу вводили необходимое количество раствора ацетата свинца. Сухарь скармливался животному, после чего крысы получали обычную пищу. В группе контроля в пищу вводился эквивалентный объем чистой воды. В эксперименте выделяли экспериментальные группы по 10 животных в каждой группе: контрольные самцы и самцы-подростки с хрониче-

ческой интоксикацией свинцом. Для гистологических исследований после эвтаназии животных под эфирным наркозом, забирали мезентериальные лимфатические узлы. Их подвергали гистологической обработке по общепринятой методике для гистологического исследования на светооптическом уровне. Для морфометрии готовили продольные срезы по максимальной площади лимфатического узла, толщиной 5-7 мкм с последующей окраской гематоксилином-эозином. Морфометрию проводили методом точечного счёта на светооптическом уровне. Учитывали площади структур: капсулы, краевого (КрС) и мозговых синусов (МС), фолликулов со светлыми центрами (ФСЦ) фолликулы без светлых центров (ФБСЦ), корковое плато (КП), паракортикальная зона (ПКЗ), мозговые тяжи (МТ). На основании первичных морфометрических данных высчитывали вторичные показатели: Площадь В-зависимой зоны, площадь Т-зависимой зоны, площадь синусного компонента, площадь коркового и мозгового вещества, а также корково-мозговой индекс. Цифровой материал обрабатывался методом вариативной статистики. За достоверность различия принимали значение  $p < 0.05$  ( $t$  – критерий Стьюдента), вероятность различия составляла 95% и более.

**Результаты и их обсуждение.** Мезентериальные лимфатические узлы самцов-подростков крыс Wistar в контрольной группе относятся к компактному функциональному типу организации по Ю.И. Бородину. На долю мозгового вещества приходится 52 %, а на долю коркового 41,8% от общей площади узла. Площади Т- и В-зависимых зон составляют 30,4% и 30,9%, соответственно. Корково-мозговой индекс составляет 1,33. В условиях хронического поступления свинца происходит уменьшение площади суммарной площади Т-зависимой зоны на 23,9%, за счёт снижения площади, как коркового плато, так и паракортикальной зоны на 13 % и 26%, соответственно. Площадь синусов увеличивается в 5 раз, а мягкотных тяжей на 81,9% по сравнению с контролем, что свидетельствует о формировании фрагментированного типа функционально организации лимфатического узла. Площади В-зависимой и Т-зависимой зон уменьшаются. Возникшие перестройки приводят к тому, что общая площадь коркового вещества уменьшается на 23,9%, в то время, как площадь мозгового вещества растёт на 63%. Корково-мозговой индекс уменьшается на 29%.

**Вывод.** Выявленные структурные перестройки в структурной организации мезентериальных лимфатических узлов самцов-подростков на фоне хронического поступления свинца свидетельствуют о преобладании дренажной функции узла над иммунной.

#### **Литература.**

1. *Абрамова, М.В. Состояние клеточной популяции брыжеечных лимфатических узлов мыши в остром периоде эксперимента после воздействия на них излучения  $^{137}\text{Cs}$  / М.В. Абрамова, П.Г. Магамедова // Морфология. -2012. -Т. 141. -№3. -С. 7.*
2. *Виноградова, С.С. Сравнительная характеристика лимфатических узлов человека и некоторых млекопитающих животных /С.С. Виноградова, Ю.М. Селин // Материалы IX Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов. Минск, 1981. - С. 81-82.*
3. *Касохов А.Б. Нарушение иммунобиологической реактивности в условиях загрязнения окружающей среды тяжелыми металлами // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - №5. 1999. - С. 37-41.*
4. *Куприянов, В.В. Микролимфология / В.В. Куприянов, Ю.И. Бородин, Я.Л. Караганов и др. -М: Медицина, 1983. - 287 с.*
5. *Изранов В.А. Катехоламино обеспечение и морфофункциональная характеристика лимфоидных органов в норме и в условиях интоксикации бензпиреном и алкоголем: автореф. дисс. док. мед. наук / В.А. Изранов. -Новосибирск, 1994, - 33 с.*
6. *Свирин, С.В. Строение брыжеечных лимфатических узлов у новорождённых крыс при воздействии алкоголя на систему «мать-плод» (экспериментально-морфологическое исследование): Автореф. дис. канд. мед. наук /С.В. Свирин. - СПб., 2010. - 22 с.*

**SOME DIRECTIONS IN STUDYING  
OF ASEPTIC INFLAMMATION IN ASPECT OF PATHOGENESIS**

**N.K. Shorayeva, A.Zh. Muratbayev, B.V. Mukhtarov, A.S.Tregub, N.K. Zhaksybayev, A.E. Khamitov**  
3rd course, faculty "General medicine"  
West Kazakhstan State University named after Marat Ospanov  
Republic of Kazakhstan, Aktobe  
Department of pathological physiology  
Research supervisor: candidate of medical sciences **Zheksenova A.N.**

**НЕКОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ АСЕПТИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ  
В АСПЕКТЕ ПАТОГЕНЕЗА**

**Н.К. Шораева, Б.В. Мухтаров, А.Ж. Муратбаев, А.С. Трегуб, А.Е. Хамитов, Н.К. Жаксыбаев**  
3 курс, факультет «Общая медицина»  
Западно-Казахстанский Государственный Университет имени Марата Оспанова  
Республика Казахстан, г. Актобе  
Кафедра патологической физиологии  
Научный руководитель: к.м.н. **Жексенова А.Н.**

**Резюме.** В литературном обзоре рассматриваются некоторые направления в изучении асептического воспаления в аспекте патогенеза. Нами было изучено литературные данные по асептическому воспалению за последние 5-10 лет. Нами было изучено, что при асептическом воспалении выявлены четкие последовательные изменения морфофункционального состояния структур кожи в различные сроки и периоды в течении воспалительной реакции, а также динамика изменений содержания воды в очаге асептического воспаления и взаимосвязь динамики величия внутрикожного давления (ВКД) с изменениями относительного объема структур кожи. Изучение изменений ВКД выявило, что в начальный период воспалительной реакции отмечается значительное увеличение его величины. А также, в последние годы в клинической практике все более широко применяют NO-терапию, основанную на использовании экзогенного азота. По данным многих авторов, NO является мощным стимулятором раневого процесса, особенно при осложненных ранах.

**Ключевые слова:** асептическое воспаление, NO терапия, внутрикожное давления, лейкоцитарный вал, нейтрофил, фибробластическая капсула

**Relevance.**

Aseptic inflammation happens on a basis spontaneous hemorrhage in a brain or processes of isolation in the closed wounds. Statistically the intensity hemorrhage in a brain worldwide on 100000 inhabitants fluctuates between the 10-20th after hemorrhage mortality indicator after 6 months is pricked from 23% to 58%. On 10 on the account consideration of the international classification a disease it costs on the fourth place after a disease of the motive device, respiratory systems which enter the 10th class. WHO claims that 4% of world's population suffer from various a disease of backbones and a joint, in this regard 30% of patients are temporarily not efficient, also 10% of the patients suffering from rheumatism are inclined to disability.

**Materials and methods.**

By us it has been studied literary data on aseptic inflammation for the last 5-10 years.

**Results.**

I.A. Bulankina in the work about morfological changes of structures of skin at aseptic inflammation describes comparison of biomechanical and morphological changes of structures of skin at aseptic inflammation. In this work were investigated that at aseptic inflammation accurate consecutive changes of a morphological condition of structures of skin in various terms and the periods to courses of inflammatory reaction and also dynamics of changes of content of water in the center of aseptic inflammation and interrelation of dynamics of greatness of the intracutaneous pressure (VKD) with changes of relative volume of structures of skin are revealed. The research was conducted complex by method as experimental modeling, histological studying, a morphometry of relative volumes of structural elements of skin. At the beginning of the proliferation period the leukocytic shaft will completely be mixed mackrophagycal, and in the center of inflammation there are mature fibroblasta surrounding a foreign matter with a dense ring and

performing the specific function – a fiber education. At the same time, by the end of the period of alteration, tension of fabric structures decreases, but doesn't reach control values, owing to, increase in the center of inflammation of relative volume connecting woven cages.

During proliferation, the secondary increase in intensity of the intense deformed state (IDS) of structures of skin caused already by increase in relative volume connective tissue fibers and formation around a foreign matter of the dense fibrous capsule is noted. By the end of the period of proliferation around him the dense capsule up to 200 microns thick is formed, the main volume of which is occupied by mature fibrous and connective tissue fibers. The received results demonstrate that at aseptic inflammation his parameters undergo the natural and interfaced changes biomechanical and the morfofunctional properties of body, and reaction of structures of skin to actions of the damaging agent, and the most expressed morphological changes in her come direct proximity from a foreign matter and are caused probably by direct influence of an alteration factor, [1]

Inflammation is the universal protective and adaptive compensatory reaction developing in response to damage and relating to phylogenetic oldest types of protective reactions of an organism. Inflammatory process belongs to the adaptive and inductive processes depending on the sum of cellular and humoral factors which formation demands the active work of cages which is shown in synthesis of the molecules directed to excitement, development and knocking over of inflammatory reaction. Cytokine are the most important mediators of the inflammatory answer, powerful immunoregulatory, anti-inflammatory agents whose studying acquires special relevance recently. In S.N. Serebrennikov's work it was investigated key indicators cellular reactions in the center of experimental aseptic inflammation and mechanisms of their regulation. Researches are conducted on 120 not purebred white rats males weighing 180-220 g during the autumn and winter period. Within the first days of experimental aseptic inflammation around walls of cameras the leukotsyte shaft by thickness 150-8mkm with a density of cages of 28-4 on 1000 microns with prevalence of neutrophils was formed. Neutrophils intensively took products of the destroyed fabrics with the subsequent their mass autoliz owing to an incomplete phagocytosis . The correlation analysis between indicators of cellular reactions in the center of aseptic inflammation and the content in plasma of blood of interleukins and a kortikosteron has shown that thickness of a leukocytis shaft depends on the IL-1B level, thickness of the fibroblasta capsule is interconnected with the IL-10, IL-1B and IL-10 level are antagonists. The level of a kortikosteron, the less thickness of the fibroblasta capsule is higher. Thus, in the center of experimental aseptic inflammation the leukocytis phase proceeds within 1 days, mackrophagical – 2-3 days, fibroblasta – 3-20 days from the damage moment, therefore, there is a timely change of cellular populations, optimum the **carrying out** the functions that is provided with the regulating action of IL-1B, IL-10, a kortikosterona on to form a form processes in the inflammation center, [2].

Studying of changes intracutaneous has revealed pressure that during an initial stage of inflammatory reaction significant increase in his size is noted. During proliferation the secondary increase in intracutaneous values of pressure caused generally by increase in a zone of wound process connecting tissue fibers is noted. Comparison the morfofunctional of changes of structures of skin at the modified and traditional technicians of sewing up of operational wounds has shown that changes of sizes intracutaneous of pressure in the field of wound process have similar I series to the loudspeaker, but they are less expressed. Size intracutaneous pressure in various sites of a wound when using of the modified technology of suture doesn't differ. As a result, dynamics of change of sizes Intracutaneous pressure and the intense deformed condition of structures of skin and in I and II series are comparable,[3].

Process of healing of wounds of various etiology represents a difficult chain of the interconnected biological processes. Essential experiment on conservative treatment of wounds by means of various pharmacological medicines not always gives the expected effect. Influence studying of in vitro and the cryo-preserved fibroblast on processes of regeneration of the skin ulcers which are experimentally simulated on not purebred rats. Animals for the 7th days of an experiment are divided into 3 groups: I – process of healing of ulcers proceeded in the natural way; II – treatment of ulcers with use of native fibroblast on methyl cellulose; III – treatment of ulcers with use of fibroblast on methyl cellulose; IV – treatment of ulcers with use of 1,5% of solution of methyl cellulose. Native fibroblasta on the carrier to methyl cellulose positively influenced process of healing of aseptic skin ulcers at not purebred rats. Drawing fibroblast on an ulcer contributed to the intensive development of granulation fabric. The area of defect was quicker cleaned from necrotic masses that led to acceleration of maturing of neogenic fabric. Quicker and more intensively there was a defect epitelization. All this promoted full healing of ulcers at 67% of animals for the 14th day from the beginning of appliques, [4].

In recent years in clinical practice more and more widely apply the NO therapy based on use of exogenous nitrogen. According to many authors, NO is a powerful stimulator of wound process, especially at

the complicated wounds. The method of stimulation of healing and prevention of suppurations of aseptic linear wounds by their processing by the NO containing gas streams in combination with parenteral introduction of a mexidol and serotonin of the adipinat is highly effective, pathogenetical is reasonable and can be recommended for treatment of plane and donor wounds. In an experiment on animals with use of models of the taken-in full-layer linear wound of skin and a laparotomy wound of a forward belly wall on the basis of the objective statistical analysis the histologic, histochemical and morphometric data the expressed wound healing activity of serotonin of the adipinat at his intra belly introduction is revealed. Local use of serotonin by a hypodermic cut away of area of a wound worsens healing processes. The wound healing activity of serotonin amplifies at his combination to intramuscular introduction of a mexidol and sharply increases at a combination to exogenous nitrogen oxide, [5].

**List of references:**

1. Bulankina I.A. *Morfofunksionalnye of change of structures of skin at aseptic inflammation.*//Siberian medical magazine.-2007. – the Issue 3. - Page 36-38.
2. Serebrennikova S.N., I.Zh. Seminsky. *Cellular reactions and mechanisms of their regulation in the center of experimental aseptic inflammation* //Bulletin Vsnts So Ramn. - 2012. - Vyp 3(85). - Page 21-23.
3. Malyshev V.V., Bulankina I.A. *Biomechanical and morfofunksionalny changes of structures of skin in pathogenesis of wound process.*//Siberian medical magazine. - 2007. - the Issue 3. - Page 21-23.
4. Abrafikova L.G. *Morphological assessment of process of healing of experimental skin ulcers after introduction of cryotinned fibroblast.*//Orig\_naln\_Dosl\_dzhennya.-2010. - Page 113-115.
5. Thick P.I., Shirinsky V.G. *Comparative assessment of methods of stimulation of healing of linear aseptic wounds.*//Laser medicine.-2009. - T.13. - Vyp 1. - Page 34-39.

**ФИЛОСОФСКО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ  
ЭТНОГЕНЕЗА КЫРГЫЗОВ**

**Бектурганова А.О., Таалайбекова М.Т.**

Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,  
Кафедра биохимии с курсом общей и биоорганической химии,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В представленной работе дана информация о философско-медицинском осмыслении происхождения кыргызов в связи с последними результатами генетических исследований ДНК кыргызов и других народов Центральной Азии, которая сегодня вызывает большой интерес у общественности.

**Ключевые слова:** этногенез, молекулярная генетика, мутация, гаплогруппа.

**КЫРГЫЗДАРДЫН ЭТНОГЕНЕЗИНИН ГЕНЕТИКАЛЫК ТАРЫХЫНЫН  
ФИЛОСОФИЯЛЫК ЖАНА МЕДИЦИНАЛЫК АСПЕКТИЛЕРИ**

**Бектурганова А.О., Таалайбекова М.Т.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
Биохимия, жалпы жана биоорганикалык химия кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Кортунду.** Сунушталган жумушта кыргыздардын жаралышы менен байланыштуу кыргыз улутунун ДНКсы жана Борбордук Азиянын башка улуттарынын генетикалык изилдөөсү бүгүнкү күндө актуалдуу болуп эсептелет.

**Негизги создор:** этногенез, молекулардык генетика, мутация, гаплогруппа.

**PHILOSOPHICAL AND MEDICAL ASPECTS OF GENETIC HISTORY  
OF THE KYRGYZ ENTOGENESIS**

**Bekturganova A.O., Taalaibekova M.T.**

Kyrgyz States medical academy by name I.K. Akhunbaeva,  
Department of biochemistry with a course of general and bioorganic chemistry  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** The theme of the Kyrgyz origin in connection with the latest results of genetic studies of the Kyrgyz DNA and other peoples of Central Asia is of great interest to the public today.

**Key words:** ethnogenesis, haplogroups, molecular genetics, mutation.



Тема философско-медицинского осмысления происхождения кыргызов в связи с последними результатами генетических исследований ДНК кыргызов и других народов Центральной Азии сегодня вызывает большой интерес у общественности. Генетические исследования проводились в Научно-исследовательском институте Соренсона в США, а также в России и других странах, в которых принимали участие и генетики Кыргызстана.

**Цель:** изучить философско-медицинские аспекты генетической истории этногенеза кыргызов.

Одним из известных генетиков Кыргызстана был Алмаз Абдулхаевич Алдашев, который внес свой вклад на этногенез и генеалогию кыргызов с точки зрения молекулярной генетики. Он являлся директором Научно-исследовательского института молекулярной биологии и медицины, Национальной академии наук, доктором биологических наук, лауреатом Государственной премии Кыргызстана, который совместно с английскими, французскими и российскими коллегами участвовал в научных генетических исследованиях генеалогии этносов ряда стран мира.

Этногенез кыргызов представляется сложной и спорной задачей этнической истории Центральной Азии. Этноним «кыргыз» является самым древним из всех этнонимов Центральной Азии. Историческими источниками засвидетельствовано существование двух этнических общностей с одним и тем же названием «кыргыз» – в более ранний период на Саяно-Алтае и более поздний период на Тянь-Шане [1,2].

Первое упоминание о кыргызах после их разгрома гуннами на Алтае и насильственного переселения на Енисей во втором веке до нашей эры, приводится китайским историком Сыма Цянем и свидетельствует о наличии кыргызского объединения в государства, где господствовали родоплеменные традиции. Поэтому считается, что этноним «кыргыз» в то время носил больше политическое, а не этническое содержание, как союз родственных племен или орда.

Данные историко-этнографических исследований (Аристов, Абрамзон, Караев) говорят о формировании кыргызов на основе двух этнических массивов-южно-Сибирского (Алтай и Саяны) и Среднеазиатского (Тянь-Шань). Анализ родоплеменного состава основных ветвей современных кыргызов – оң, сол, ичкилик свидетельствует о вкладе в этногенез кыргызов: 1) тюркоязычных племен, в свое время входивших в состав Тюркского, Уйгурского, Карлукского, Тюркешского каганатов; 2) южно-сибирских (Саяно-Алтай) племен, входивших в состав Кыргызского каганата; 3) племен монгольского и кыпчакского происхождения [2,4,5].

Алдашевым А.А. и другими учеными Медико-генетического центра РАМН проводились исследования распространения маркеров основных гаплогрупп R1a1 (мутация M 17), C3 (мутация M 217) и N3 (мутация LLY22) в популяциях кыргызов. Гаплогруппа R1a1 широко распространена в Восточной Европе (до 50 %), Юго-Западной Азии (32%) (это Индия, Иран, Пакистан, Афганистан) и Южной Сибири (до 55%).

Учеными в совместных исследованиях с центром медицинской генетики РАМН было показано, что почти 90% разнообразия Y-хромосомы у кыргызов приходится на 3% варианта C3c, R1a1a, N1b гаплогрупп.

Академиком Алдашевым А.А. и другими учеными было показано, что по Y-хромосоме наблюдаются выраженные различия между популяциями (племенами) кыргызов, а для некоторых этих популяций их явное инородное происхождение. Данные подтверждают выводы историков и этнографов, что в этногенезе кыргызов, на разных отрезках его истории, принимали участие племена, не имевшие ничего общего в происхождении [3,4].

Несмотря на распространенность маркера гаплогруппы R1a1 у кыргызов, анализ генетического родства по всему набору маркеров показал, что кыргызы достаточно далеки от таджиков, индусов, пуштунов и русских, основных носителей этой гаплогруппы. Гораздо ближе, с точки зрения генетики, нам среднеазиатские тюркоязычные народы: казахи, сырдарьинские узбеки, каракалпаки. Причем, из всех среднеазиатских тюркоязычных народов именно кыргызы генетически близки к восточноазиатским народам (якутам, даурам, шивей).

Еще один существенный момент, принявший участие в этногенезе кыргызов, – это тюрко-монгольские племена, которые скорее всего, влились в состав кыргызов уже на Тянь-Шане. Эти же племена участвовали в этногенезе казахов, узбеков, каракалпаков и определили генетическую близость кыргызов с этими народами [5,6,7].

Таким образом, современные кыргызы имеют гетерогенный генотип, свидетельствующий об их этногенезе из разноплеменного военно-политического союза, сложившегося как минимум 1400-1660 лет тому назад. В формировании кыргызского этноса участвовали племена, населявшие Саяно-Алтай, остатки палеоевропейских и монголоидных хунно-тюркских племен. В ряде кыргызских племен явно прослеживается генетическая связь с угро-финскими народами Сибири, которые в эпоху Пазыркской и Афанасьевской культур частично составляли население Алтая, Саян и Забайкалья [7,8].

The theme of the Kyrgyz origin in connection with the latest results of genetic studies of the Kyrgyz DNA and other peoples of Central Asia is of great interest to the public today. Genetic studies were conducted at the Sorenson Research Institute in the United States, as well as in Russia and other countries in which the genetics of Kyrgyzstan also participated. **The objective:** to study the philosophical and medical aspects of genetic history of the Kyrgyz ethnogenesis.

Almaz Aldashev was one of the well-known geneticists of Kyrgyzstan, who contributed to the ethnogenesis of the genealogy of Kyrgyz people from the molecular genetics point of view. He was the director of the Research Institute of Molecular Biology and Medicine, the National Academy of Sciences, the doctor of biological sciences, the winner of the State Prize of Kyrgyzstan, who together with his British, French and Russian colleagues participated in scientific genealogy studies of ethnic groups genealogy in several countries.

Ethnogenesis of Kyrgyz people is a complex and controversial task of the ethnic history of Central Asia. The ethnonym "kyrgyz" is the oldest of all ethnonyms of Central Asia. Historical sources testify to the existence of two ethnic communities with the same name "Kyrgyz" - earlier in the Sayano\_Altay and later in the Tien Shan [1,2].

The first mention of the Kyrgyz after their defeat by the Huns in Altai and forced resettlement in Yenisei in the second century BC is given by the Chinese historian Sima Qian and testifies to the presence of the Kyrgyz union organized as a state dominated by tribal traditions. Therefore, it is believed that the ethnonym "Kyrgyz" at that time bore more political, than ethnic content, as a union of related tribes or a horde.

The data of historical and ethnographic studies (Aristov, Abramzon, Karaev) indicate the formation of Kyrgyz on the basis of two ethnic massifs - the South Siberian (Altai and Sayan) and the Central Asian (Tien Shan). The analysis of the tribal composition of the main contemporary Kyrgyz branches - "on, sol and ichkilik" demonstrates the contribution to the ethnogenesis of the Kyrgyz: 1) Turkic-speaking tribes, which at one time were part of the Turkic, Uygur, Karluk, Turgesh Haganats; 2) South-Siberian (Sayano-Altai) tribes that were part of the Kyrgyz Haganat; 3) tribes of Mongolian and Kypchak origin [2,4,5].

Aldashev A. and other scientists of the Medical Genetics Center of the Russian Academy of Medical Sciences carried out researches of the distribution of markers of the main haplo groups R1a1 (M17 mutation), C3 (mutation M 217) and N3 (LLY22 mutation) in Kyrgyz populations. Haplogroup R1a1 is widespread in Eastern Europe (up to 50%), in South-West Asia (32%) (India, Iran, Pakistan, Afghanistan) and Southern Siberia (up to 55%). Scientists in joint studies with the Center for Medical Genetics of the Russian Academy of Medical Sciences have shown that almost 90% of the diversity of the Y chromosome in Kyrgyz is accounted for by 3% of the variant of C3c, R1a1a and N1b haplogroups.

Academician Aldashev A. and other scientists showed that the distinction between the populations (tribes) of the Kyrgyz is observed for the Y chromosome and for some of these populations their apparent foreign origin. The data confirm the conclusions of historians and ethnographers that in the ethnogenesis of the Kyrgyz there were tribes that participated and had nothing in common in origin in different segments of its history [3,4].

Despite the distribution of the marker of the haplogroup R1a1 in Kyrgyz, the analysis of genetic kinship across the entire set of markers showed that Kyrgyz are far from Tajiks, Hindus, Pashtuns and Russians, the main carriers of this haplogroup. Much closer, in terms of genetics, the Middle Asian Turkic-speaking peoples: Kazakhs, Syrdarya Uzbeks, Karakalpaks. And, of all the Middle Asian Turkic-speaking peoples, it is the Kyrgyz that are genetically close to the East Asian peoples (Yakuts, Daur, Shiwei).

Another important moment that took part in the ethnogenesis of the Kyrgyz people is the Turkic-Mongolian tribes which most likely joined the Kyrgyz already in Tien Shan. These same tribes participated in the ethnogenesis of Kazakhs, Uzbeks, Karakalpaks and determined the genetic affinity of the Kyrgyz with these peoples [5,6,7].

Thus, modern Kyrgyz people have a heterogeneous genotype, which testifies to their ethnogenesis from a diverse military and political union that has developed at least 1400-1660 years ago. In the formation of the Kyrgyz ethnos, the tribes inhabiting the Sayano-Altai, the remnants of the paleoeuropeoidinlin and the Mongoloid Hunno-Turk tribes took part. In a number of Kyrgyz tribes, there is a clear genetic connection with the Finno-Ugric peoples of Siberia, which in the era of Pazyrk and Afanasievskiy cultures were partially composed of the population of Altai, Sayans and Transbaikalia [7,8].

★ ДНК кыргыз жана башка Орто Азия элдердин генетикалык изилдөөлөр акыркы жыйынтыгы бүгүн байланыштуу кыргыз элинин келип чыгышы темасы улуу коомдук кызыкчылыкты туудурат. Генетикалык изилдөөлөр Кошмо Штаттарда Соренсон изилдөө институтунан өткөрүлдү, ошондой эле Кыргызстандын жана башка генетикалык алып, Россияда жана башка өлкөлөрдө болуп жатат.

**Максаты:** Кыргыз этногенездин генетикалык тарыхынын таанымдык жана медициналык аспектилерин изилдөө үчүн.

Бир белгилүү генетиктер Кыргызстан молекулярдык-генетикалык көз карашы боюнча Кыргыз санжырасын этногенездин Алдашев А.А. эле. Ал дүйнөнүн бир нече өлкөлөрдө генетикалык санжырасы этникалык топторду илимий изилдөөлөрүндө катышып англис, испан жана орус кесиптештери менен бирге, Кыргыз Республикасынын мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты, молекулалык биология жана Кыргыз Республикасынын Улуттук илимдер академиясынын изилдөө институтунун, биология илимдеринин доктору, лауреаты, директору болгон.

Этногенез Кыргыз Борбордук Азиядагы этникалык тарыхынын татаал жана талаштуу маселе. "Кыргыз" этноними бардык эле этнонимдердин Борбордук Азиянын байыркы болуп саналат. Тарыхый булактар Шандын Саян-Алтай жана мезгил мурда мезгил айтышпайт эле аты "кыргыз" менен эки этникалык топтордун бар экендиги ырасталган [1,2].

Экинчи кылымда Енисей жөнүндө, Алтай жана аргасыз жер-жылы гунндардын менен утулгандан кийин кыргыз элинин биринчи жолу, кытай тарыхчысы Сима Цян жана уруулук салттар үстөмдүк мамлекеттеги Кыргыз бирикменин, тастыктап турат. Ошондуктан "кыргыз" этноними тектешуруулар же аскерлери менен биримдикте болуп, бир караганда, саясий эмес, этникалык мазмунду кийип ал эми деп эсептелет.

Бул тарыхый жана күүлөрдүн изилдөөлөр (Аристов, Абрамсон, менеджери) этникалык – Түштүк Сибирдеги (Алтай, Саян) жана Борбор Азия (Шандын) эки ырааттын негизинде кыргыз элинин пайда болушу жөнүндө айтып жатам. Алкыргызов – svtgemennyh негизги бутактарынын уруулук түзүлүшү, туз, Ichkilik Кыргыз этногенездин салым далилдерди талдоо: 1) бир эле учурда түрк тилдүү уруулар түрк таандык, Уйгур, Карлук, Түргөш; 2) Түштүк Сибирдин (Саяно-Алтай) уруулар Кыргыз каганатынын бир бөлүгү болгон; 3) монгол уруулары менен кыпчак теги [2,4,5].

А.А. Алдашев жана башка окумуштуулар Дары Генетика борбору R1a1 изилдөөлөрдүн негизги көбөйтүү гаплогруппаларды өткөрдү (түрлөрдүн 17 M), C3 (түрлөрдүн M 217) жана N3 (LLY22 түрлөрдүн) калк кыргыздардын менен. Дезоксирибонуклеин R1a1 Чыгыш Europe жайылган (50%), Түштүк-Батыш Азияда (32%), (бул Индия, Иран, Пакистан, Ооганстан) жана түштүк Сибир (55%).

Дары генетикасы кочкор борбору менен биргелешип изилдөө менен окумуштуулар, ал кыргыз Y хромосомасы түрдүүлүктү дээрлик 90% 3% параметр эсепке S3s, R1a1a, n1b haplogroups деп көрсөтүлгөн.

Академик А.А. Aldashev а жана башка uchnymi Y-хромосома, кыргыз калкы (уруу) ортосундагы айырмачылыктарды белгиленген жок, жана кабыл алынган, анын тарыхынын ар түрдүү этаптарында алардын айрымдары ачык чет жаратат. Малыматтар бул калктын кыргыз элинин этногенез-жылы тарыхчы жана Таласты жыйынтыгын тастыктайт, деп көрсөттү орток тамыры менен жок болчу катышка нуруулары [3,4].

Кыргыз дезоксирибонуклеин R1a1 жайылтылышы карабастан, маркерлер, бүт комплекти генетикалык мамиледе талдоо Кыргыз алыс тажиктерден жетиштүү, индустар, пуштундар, жана орус тилдеринде, бул дезоксирибонуклеин негизги булактарына экенин көрсөткөн. Көп жакын, генетика боюнча, Борбордук Азия түрк тилдүү элдер: казактар, Сырдарыя өзбек, каракалпак. Мындан тышкары, бүт Орто-Азия түрк элдеринин Кыргыз Чыгыш Азия элдеринин (якуттар, Daur, Shiwei) генетикалык жактан жакын.

Кыргыз элинин этногенез катышкандагы бир маанилүү жагдай бар, - кыргыз элинин кошулган болушу ыктымал түрк-монгол уруулары, чыгышында келет. Бул уруулар Казактардын этногенездин катышып, өзбек, каракалпак жана бул элдер менен кыргыз элинин генетикалык ынак аныкталат [5,6,7].

Ошентип, азыркы кыргыз, жок эле дегенде, 1400-1660 жыл мурун пайда болгон гетерогендүүгенотипин, алардын ар түрдүү уруулар аскердик-саясий союз менен этногенездин көрсөтөт, бар. Кыргыз элинин этникалык топ пайда болушунун уруулар Саян-Алтай, калдыктары жана түрк урууларын. Кээ бир кыргыз урууларынын жана Афанасьевская маданияттар доорунда жарым-жартылай Алтай, Саян жана Байка калкын түзгөн генетикалык Сибирдин шотышто-угор элдеринин шилтемени, көргөн -жылы [7,8].

#### **Литература:**

1. Абрамзон С. А. *Вопросы этической истории киргизской народности//Кыргызы. Источники, История, Этнография.* - Бишкек. - с. 405-461.
2. Аристов Н.А. *К этнической истории кыргызов. Кн. Кыргыз. Источники, История, Этнография.* - Бишкек. - 1996, с. 370-394.
3. Балаганская О. А. и др. *Полиморфизм хромосомы у тюркоязычного населения Алтай-Саян, Тянь-Шаня и Памира в контексте взаимодействия генофондов западной и восточной Евразии// Медицинская генетика.* - 2011 №10. 3. – с. 12-22.
4. Караев О. *Этнический состав и формирование кыргызской народности//Кыргызы. Источники, История, Этнография.* - Бишкек. - 1996. – с. 462-484.
5. В.А. Степанов и др. *Гаплотипы Y-хромосомы в популяциях Средней Азии// Генетика человека.* - 2001. - №37. 1. - с.11.
6. Степанов В.А. и др. *Эволюция и филогеография линий Y-хромосомы человека//*
7. P.C. Уэллс и др. *Евразийское сердце: континентальная перспектива в отношении разнообразия Y-хромосомы.//Proc Natl Acad Sci USA (2001) 98, p 10244-10249.*
8. T. Zerjal et al. *Генетический ландшафт, реконструированный по последним событиям: Y-хромосомальный.*

УДК: 548. 71. 665

### **БЕЛКОВЫЕ СТРУКТУРЫ ПРИ ЧАСТИЧНО ОБРАТИМОЙ ДЕНАТУРАЦИИ, КАК ОСНОВНОЙ ФАКТОР ДЕТЕРМИНИРУЮЩЕГО ПРОЦЕСС СТАРЕНИЯ**

**Курочкин З., Махмудова Ж.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,  
г. Бишкек, Кыргызстан

**Курочкин З.** – студент 5 курса, 47 группы лечебного факультета КГМА им. И.К. Ахунбаева  
**Махмудова Ж. А.** – научный руководитель, д.б.н., доцент, зав. кафедры биохимии с курсом общей и  
боорганической химии КГМА им. И.К. Ахунбаева

В данной работе рассматривается роль белковых структур при частично обратимой денатурации как фактора, детерминирующего процесс старения, освещается проблема кинетики переходов белковых структур в процессе денатурации и ренатурации, а также основные положения термодинамической и котрансляционной теории фолдинга, с точки зрения построения энергетических ландшафтов и конформационных преобразований. Обсуждается эволюционное обоснование данной теоритической модели, а также ее преимущества по сравнению с другими теориями старения.

**Ключевые слова:** Молекулярная динамика, фолдинг, дифференциальная сканирующая колориметрия, энергетический ландшафт.

#### **Литература:**

1. И.М. Кузнецова, В. Форже, К.К. Туроверов 2005. *Структурная динамика стабильности и фолдинга белков. Цитология т. 41. №11*
2. Г. Шульц, Ширмер Р. *Принципы структурной организации белков.* М: Мир, 1988. 354 с.
3. А.В. Сорокин, Е.Р. Ким, Л.П. Овчинников *Протеосомная система деградация и процессинг белков 2009. Успехи биологии и химии т. 49. 3-76 с.*
4. А. Леск *Введение в биоинформатику 2009. 247-258 с.*
5. Е.В. Чапалинская, В.Э. Бутвиловский *Старение: теории и генетические аспекты 2014. 28-32 с.*
6. Финкельштейн А.В., Птицын О.Б. 2002. *Физика белка.* М: Книжный дом «Университет». 376 с.
7. Борисов В.В. *Каждый белок – свой сюжет. Химия и жизнь. 1990. №2. С. 41-51.*
8. Н.Н. Старкова, Е.П. Королева, Т.В. Ротанова *Внутриклеточный протеолиз. Сигналы селективной деградации белков. Биоорганическая химия, 2000, том 26, № 2, с. 83-96.*
9. Ю.Ф. Крупянский, В.И. Гольданский *Динамические свойства и энергетический ландшафт простых глобулярных белков. Успехи физических наук 2002, Том 172, №11.*

**ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ  
ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра акушерства и гинекологии №1

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Целью исследования явилось изучение возможности органосохраняющих операций при эктопической беременности. Своевременная диагностика и лечение беременности развивающейся вне полости матки дает возможность предупредить такие грозные осложнения как разрыв плододвместилца, внутрибрюшное кровотечение, влекущее за собой утрату репродуктивной функции женского организма. В данной статье приведены 3 клинических случая различной локализации эктопической беременности, которые закончились оперативным лечением с сохранением органа и репродуктивной функции женского организма.

**Ключевые слова:** Эктопическая беременность: трубная беременность, шеечная беременность, интралигаментарная беременность, брюшная беременность, органосохраняющая операция.

**ЭКТОПИЯЛЫК КОШ БОЙЛУУЛУКТАГЫ ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУЧУ  
ОПЕРАЦИЯЛАРДЫН МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ**

**Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 Акушердик жана гинекология кафедрасы

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты эктопиялык кош бойлуулукта органы сактап калуучу операциялардын мүмкүнчүлүгүн изилдөө болду. Жатындан сырткары бойго бүтүүнүн өз убагында аныктоо жана дарылоо аялдын организмнин репродуктивдүү функциясын жоготууга алып келүүчү түйүлдүк жаткан жердин жарылуусу, курсак ичиндеги кан агуулар сыяктуу олуттуу кабылдоолордун алдын алуу мүмкүнчүлүгүн түзөт. Бул макалада ар түрдүү жердеги эктопиялык кош бойлуулуктун 3 клиникалык учуру талдоого алынган.

**Негизги создор:** Эктопиялык кош бойлук, түтүктүк кош бойлуулук, жатын моюнчасына бойго бүтүү, интралигаментардык кош бойлуулук, курсакка бойго бүтүү, орган сактоо операция.

**POSSIBILITIES OF ORGAN SAVING OPERATIONS IN ECTOPIC PREGNANCY**

**D.M. Subanov, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova**

Kyrgyz State Medical academy named after I.K. Akhunbaev

Department of obstetrics and gynecology №1

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Abstract.** The aim of investigation was studying of organ saving operations possibilities in ectopic pregnancy. Timely diagnosis and treatment of pregnancy developing outside the cavity of uterus gives a possibility to prevent such dangerous complications as hysterorrhesis of fetus cistern, interaabdrominal hemorrhage, which lead to the loss of female organism reproductive functions. 3 clinical cases of ectopic pregnancy different localization are given in this article.

**Key words:** Ectopic pregnancy, fallopian pregnancy, cervical pregnancy, intraligamentary pregnancy, abdominal pregnancy, organ saving operations.

**Введение.** Эктопическая беременность (ЭБ) это беременность, при которой оплодотворённое плодное яйцо имплантируется вне полости матки. Чаще всего в 96,5-98,5% случаев ЭБ развивается в маточной трубе. Удельная частота остальных вариантов локализации распределяется следующим образом: яичниковая (0,4-1,3%), брюшная (0,1-0,9%), беременность в роге матки (0,2-0,9%), шеечная (0,1-0,4%), интралигаментарная (0,1%).

В случае несвоевременной диагностики и отсутствии адекватного лечения ЭБ представляет угрозу для жизни женщины. У каждой 4 пациентки развивается повторный эпизод, у каждой 5-6 возникает спаечный процесс, а у  $\frac{3}{4}$  женщин после оперативного лечения наступает вторичное бесплодие [1,2,3].

По данным литературы ЭБ встречается в 1,4-1,6% от всех беременностей [3,4].

В индустриально развитых странах средняя частота встречаемости данной патологии составляет 1,2-1,7% по отношению к общему числу беременностей. В США и странах Европы за последнее десятилетие частота ЭБ составила 1,9%-2,3% и имеет стойкую тенденцию к росту [5,6]. В Казахстане 1,4% беременностей являются внематочной [7]. В нашей республике этот показатель составляет 1,3% [8].

**Материал и методы:** В данной статье нами представлены три редких случая эктопической беременности, которые закончились оперативным лечением с сохранением органа и репродуктивной функции женщины.

**Клинический случай №1:** Больная Н. 29 лет обратилась в Национальный Хирургический Центр 28.10.17 г. с жалобами на острые боли внизу живота, сухость во рту, общую слабость, повышение температуры тела до 37,6°С. Со слов боли начались с 9 часов утра и усиливались со временем. Из анамнеза беременность 2, родов 1. Менструация с 14 лет. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Клинико-лабораторные данные в пределах нормы. УЗИ – Тело матки размером 7,4x4,2x7,0 см, эндометрий до 15 мм. Придатки справа 3,3x3,0 см, слева 2,4x1,7 см. Справа от матки визуализируется плодное яйцо размером 13x10 см, БПР – 29мм, длина бедра 16 мм. Хориальная часть ближе к матке.

Учитывая вышеизложенное, решено в экстренном порядке произвести удаление эктопической беременности. По вскрытии брюшной полости серозно-геморрагический выпот 100 мл. При ревизии малого таза обнаружена интралигаментарная беременность справа от матки, с четкими контурами, размером 12,0x9,0 см (рис. 1), не связанная с маткой.

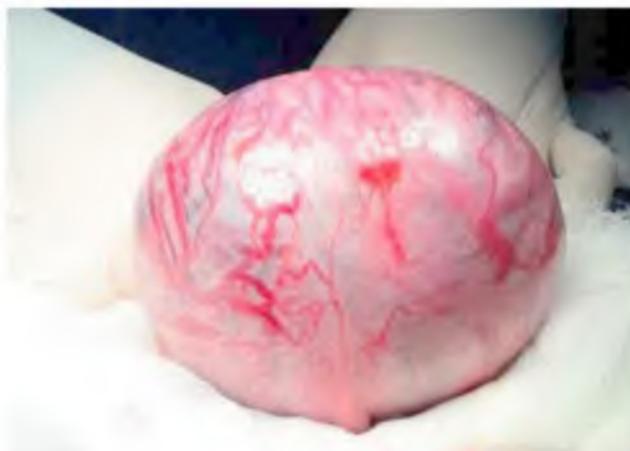


Рис.1. Макропрепарат: образование размером 12,0x9,0 см, вскрыта, в полости плацента, прикрепленная к тонкостенной капсуле. 1 плод в околоплодной оболочке, размером 8,0 см. Матка размером 7,0x6,0 см, розовой окраски, мягковатой консистенции.

На основании образования широкой связки наложены 2 зажима, иссечен. Культи ушита капроном. Контрольный гемостаз. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо. Для контроля оставлена дренажная трубка. Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Пациентка выписалась домой в удовлетворительном состоянии на 5 сутки.

**Клинический случай №2:** Пациентка Н. 24 лет, 20.11.17 г. поступила в Городскую Клиническую Больницу №1 с жалобами на колющие боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, сухость во рту, общую слабость. Со слов больной себя считает с 10 часов, когда появились вышеизложенные жалобы. В связи с ухудшением состояния обратилась в поликлинику, где была перенаправлена в стационар с подозрением на аппендицит. Из анамнеза беременность 8 недель. Беременность 1. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Живот напряжен, болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Из лабораторных данных гемоглобин – 82 г/л, остальные показатели в пределах нормы. УЗИ – Беременность 8-9 недель. Взята на операцию с подозрением на аппендицит.

По вскрытии брюшной полости серозно-геморрагический выпот 800 мл. Признаков воспаления слепой кишки нет. При ревизии малого таза выявлено, что источником кровотечения явилась ЭБ. Плодное яйцо соответствующее 8 неделям беременности имплантировано на передней стенке матки в нижней ее трети. Плодное яйцо удалено, без нарушения его целостности, ложе ушито непрерывным кетгутовым швом, кровотечения нет. Передняя брюшная стенка ушита послойно. Общая кровопотеря 1000,0 мл. Интраоперационно получила гемостатическую терапию, кровезаменители. Послеоперационный период протекал на фоне тяжелой постгеморрагической анемии (гемоглобин 62 г/л). Рана зажила первичным натяжением. Выписана домой на 7е сутки.



Рис. 2. Макропрепарат: Плодный пузырь с зародышем внутри размером 10,0x5,0 см, соответствует беременности 8-10 недель.

**Клинический случай №3:** Пациентка К. 30 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации на 8 дней, нагрубание молочных желез. При выполнении УЗИ органов малого таза данные за возможную шейечную беременность. Госпитализирована в частную клинику.

В анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструальная функция не нарушена. Данные клинико-лабораторных исследований в пределах нормы. При УЗИ малого таза: тело матки размером 6,0x6,5 см, контуры ровные, миометрий однородной структуры. Плодного яйца в полости матки нет. В шейке матки в средней трети цервикального канала визуализируется анэхогенная структура размером 11,0x6,0 см с четкими контурами. После обследования, учитывая малый срок беременности, желание женщины, решено произвести органосохраняющую операции.

В условиях операционной под анестезией на передний свод установлен вагинальный ультразвуковой датчик. Под контролем ультразвукографии произведена пункция плодного яйца с эвакуацией его жидкого содержимого. Затем, не вынимая пункционную иглу, в полость плодного яйца введен метотрексат 10 мг. Игла извлечена. На следующий день после динамической эхографии в условиях операционной под внутривенной анестезией наружный зев цервикального канала расширен до 10 мм под контролем УЗИ, введен гистерорезектоскоп и произведено удаление деструктурированного плодного яйца с одновременным гемостазом монополярной коагуляцией. Ложе плодместилища тампонируется рассасывающейся гемостатической пластиной «Тахокомб», которой был окутан баллон двухпросветного уретрального катетера Фолея №16. Баллон раздут нагнетанием физиологического раствора хлорида натрия в количестве 5-8 мл и, подтягиванием катетера гемостатическая пластина фиксирована к ране цервикального канала. Мочевой катетер удален на 3 сутки. На 4 сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой.

#### **Выводы:**

1. На данном этапе продолжают исследования по разработке современных методов диагностики и лечения эктопической беременности.

2. Не маловажное значение имеет выбор метода оперативного лечения на самых ранних сроках имплантации до разрыва плодных оболочек.
3. Применение современных эндоскопических, фармацевтических, и модернизация оперативных технологий позволит минимизировать экономические затраты, риск осложнений при лечении данного контингента больных.
4. Органосберегающие операции позволяют сохранить репродуктивную функцию женщины, что играет огромную роль в сохранении семьи и гендерной политики страны.

#### **Литература:**

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии: Медицинская книга / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. - 2-е изд. М., 2014. – 185 с.
2. Кулаков, В.И. Руководство по оперативной гинекологии: Медицинская книга / [В.И. Кулаков и др.] М.: МИА, 2013. - 215 с.
3. Стрижаков, А.Н. Внематочная беременность: Медицинская книга / [А.Н. Стрижаков и др.]: Изд. 2-е. - М.: Медицина, 2015. - 189 с.
4. Nelderlof K.P. Ectopic pregnancy surveillance / K.P. Nelderlof, H.W. Lawson, Satlas A.F. (2010-2015) US, MMWR CDC Surveill Sum 39 (SS-4): P. 9-17.
5. Center for Disease Control: Ectopic pregnancy – United States/ Surveill Sum 2013-2014. MMWR CDC 2013; 41:591 – 594.
6. Centers of Disease Control and Prevention: Ectopic pregnancy – United States, P. 118. – 2015-2016. JAMA.
7. Кудайбергенов Т.К. Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц. - Алматы / НЦФГиП / Т.К. Кудайбергенов, Х.М. Бикташева // Клинические вопросы акушерства и гинекологии №4. – 2014. 84 с.
8. Сулайманов С.Б. Факторный анализ и оценка эффективности лапароскопической диагностики оперативного лечения эктопической беременности: автореф. дис. на соиск. д.м.н.: 24.10.2015 г / С.Б. Сулайманов; КГМА им И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 2015. 40 с.

### **ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ**

**Чугин А.А., Мырзалиева И.З., Тотуева Г.А., Сеитова Р.Д.**

Кыргызская медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

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

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Проанализированы ретроспективно особенности течения беременности и родов, а также перинатальные исходы у 175 беременных женщин с метаболическим синдромом по Чуйской области. В проведенном исследовании выявлено: ожирение, частота которого имеет достоверную тенденцию к увеличению, является отрицательным фоном для развития беременности и течения родов. Осложнения достоверно чаще отмечены при сочетании ожирения с другими экстрагенитальными заболеваниями. Частота осложнений беременности и перинатальные исходы определяются наличием и степенью выраженности нарушений жирового обмена, увеличиваются пропорционально нарастанию степени ожирения.

**Ключевые слова:** Метаболический синдром, ожирение, осложнений беременности и родов.

### **ЗАТ АЛМАШУУ СИНДРОМУ КОШ БОЙЛУУЛУККА ЖАНА ТОРОТКО БОЛГОН ТААСИРИ**

**Чугин А.А., Мырзалиева И.З., Тотуева Г.А., Сеитова Р.Д.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,

№1 акушерство жана гинекология кафедрасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Кортунду:** Чүй облусу боюнча 175 кош бойлуу аялдарды зат алмашуу синдрому боюнча ретроспективдүү талдоо жүргүзүлдү, перинаталдык жыйынтыгы, кош бойлуулугу жана төрөтүнүн өзгөчөлүктөрү. Ушул изилдөөдө: Семиздиктин жыштыгы ишенимдүү, жогорулатуу үчүн терс өбөлгөлөрү болуп саналат. Экстрагениталдык оорулар менен бирге болгондо өтүшүп кетүүсүнө өбөлгө түзөт. Кош бойлуулук жана перинаталдык натыйжаларынын жыштыгы жана зат алмашуу синдромунун негизинде, семирүү даражасын пропорционалдуу жогорулатууда.

**Негизги создор:** Зат алмашуу синдрому, семирүү, кош бойлуулуктун жана төрөттүн ооруулары.



## INFLUENCE OF METABOLIC SYNDROME ON PREGNANCY AND BIRTH OUTCOMES

A.A. Chugin, I.Z. Myrzaliev, G.A. Totuyaeva, R.D. Seitova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy

(rector – Prof. Kudaibergenova I.O.),

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary.** Retrospectively, the features of the course of pregnancy and birth outcomes, as well as perinatal outcomes in 175 pregnant women with metabolic syndrome in the Chui region were analyzed. The study revealed: obesity, whose frequency has a reliable tendency to increase, is a negative background for the development of pregnancy and labor. Complications are more likely to occur with the combination of obesity and other extragenital diseases. The frequency of complications of pregnancy and perinatal outcomes is determined by the presence and severity of disorders of fat metabolism, increasing in proportion to the increase in the degree of obesity.

**Key words:** Metabolic syndrome, obesity, complications of pregnancy and childbirth.

### Введение

Метаболический синдром (МС) является крайне значимой проблемой здравоохранения, так как его распространенность во всем мире с каждым годом неуклонно растет, и в ряде стран достигает трети взрослого населения. По современным представлениям, МС представляет собой комплекс метаболических расстройств, включающих в себя абдоминальное ожирение, нарушение углеводного обмена (нарушение гликемии натощак, нарушенная толерантность к глюкозе), инсулинорезистентность, дислипидемию, артериальную гипертензию [1,2]. Ожирение является основным компонентом МС и значимым независимым фактором риска развития многих гестационных осложнений.

В то же время ожирение становится серьезной проблемой в Кыргызстане. По данным Медико-демографического исследования доля женщин, страдающих ожирением, выросла с 9% в 1997 г. до 12% в 2012 г. Каждая третья женщина в возрасте 15-49 лет имеет избыточный вес или страдает от ожирения. Доля женщин, имеющих избыточную массу тела, увеличивается с возрастом. В возрастной группе 20-29 лет примерно одна из пяти женщин имеет избыточный вес или страдает ожирением; в группе 30-39 лет эта доля увеличивается почти до половины (48%) и становится очень высокой в возрастной группе 40-49 лет (72%) [3].

Несмотря на это, ожирение и большая прибавка массы тела за беременность, по-прежнему, являются проблемой в акушерстве и перинатологии [4]. Показано, что у женщин с ожирением имеется высокий риск осложнений во время беременности и родов. В научной литературе указывается на высокую частоту гестационного сахарного диабета, артериальной гипертензии, преэклампсии, невынашивания и осложнений во время анестезии при оперативном родоразрешении у женщин с ожирением [5,6].

Кроме того, высокий ИМТ матери может отрицательно влиять на здоровье будущего ребенка [7]. По мнению многих исследователей, имеется высокий риск внутриутробной гибели плода в различные сроки, врожденных аномалий развития, макросомии и дистонии плечиков, перинатальной и неонатальной смертности.

### Цель исследования

Изучение особенностей течения беременности и родов, у женщин с метаболическим синдромом в зависимости от степени, а также перинатальных исходов по Чуйской области.

### Материал и методы исследования

Проанализированы статистические данные Чуйского областного родильного дома г. Бишкека. Проведен ретроспективный анализ историй родов 175 случаев с метаболическим синдромом у беременных женщин за период с 2012 по 2017 годы. Критериями включения в исследование были подтвержденное эндокринологом диагноз МС, согласно критериям ВОЗ (1999).

Из всех 175 обследованных беременных с МС с избыточной массой тела составили 58 (33,0%) родивших (ИМТ=25,0-29,9), которые составили группу сравнения (контроль). В основную группу взяты результаты у 117 беременных с МС, где определялась степени превышения индекса массы тела: у 77 (44%) – была I степень ожирения (ИМТ=30,0-34,9), у 33 (19,0%) – II степень (ИМТ=35,0-39,9), у 7 (6,0%) – III степень (ИМТ>40). Выявлена *различная экстрагенитальная патология у 62% женщин*, 74% имели отягощенный гинекологический анамнез. Помимо ожирения гипертоническая болезнь отмечалась у 45 женщин (25%), гиперплазия щитовидной железы у 38 (22%), хронический пиелонефрит у 21 (12%) отмечались значительно чаще, чем в общей популяции, и процент их увеличивался по мере роста степени ожирения.

Отягощенный гинекологический анамнез и гинекологические заболевания обнаружены у 74,0% родивших. Позднее наступление менархе отмечено у 6% родивших с избыточной массой тела, 10% с ожирением I степени, у 26,0% – II степени и у 30,0% – III степени. Среди перенесенных гинекологических заболеваний преобладали воспалительные заболевания женских половых органов (соответственно у 29,0%; 27,0%; 21,5% и 8,3% женщин), бесплодие (соответственно у 9,0%; 13,0%; 16,5% и 17,5 % женщин). Особого внимания заслуживает факт высокой частоты экстрагенитальных и гинекологических инфекционно-воспалительных заболеваний, свидетельствующий о снижении иммунологической и неспецифической резистентности, что существенно повышает риск перинатального инфицирования и развития послеродовых инфекций у матери и ребенка.

#### Результаты и их обсуждение

Анализируя медицинскую документацию 175 случаев с метаболическим синдромом у беременных женщин, преобладали первородящие женщины: при избыточной массе тела в 51,7%, при I степени ожирения – 56,0%, при II степени – 64,0%, при III степени – 81,0%. Соответственно повторнородящих было – 48,3%, 44%, 36%, 29%. В 16,5% в общей популяции первородящие были в возрасте 32 лет и старше (табл. 1). Факт нахождения 83,5% первородящих женщин с ожирением в оптимальном репродуктивном возрасте является показателем низкого индекса здоровья в этой весьма представительной группе.

Таблица 1

Распределение беременных по паритету беременности и родов

Паритет беременности	Избыточный вес, n=58 (группа сравнения)		Ожирение I степени n=77		Ожирение II степени n=33		Ожирение III степени n=7	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первородящие	30	51,7	43	56	21	64	5	81
Повторнородящие	28	48,3	34	44	12	36	2	29

Основными осложнениями во время беременности были гипертензивные нарушения у беременных женщин, анемия, угроза прерывания беременности (табл. 2). Осложненное течение беременности при избыточной массе тела имели 52%, I степени ожирения – 54,5,0%, при II степени – 70,0%, а при III степени – 86,0% родивших.

Таблица 2

Особенности течения беременности у женщин с МС

Осложнения	Избыточный вес, n=58		Ожирение I степени n=77		Ожирение II степени n=33		Ожирение III степени n=7	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Гипертензивные нарушения у берем. женщин	30	51,7	42	54,5	19	57,6	6	85,7
Анемия	29	50	40	52	23	69,7	5	71,4
Угроза прерывания беременности	18	31	28	36	14	42	4	57,1

Гипертензивные нарушения у беременных женщин в общей популяции выявлены у 55,4,0% родивших. Среди женщин с гипертензивными нарушениями у беременных преобладали первородящие – 72,0%. Гипертензивные нарушения у беременных женщин выявлены у 51,7% беременных с избыточной массой тела, I степенью ожирения у 54,5%, со II степенью – 57,6%, у 85,7% – с III степенью.

По мере увеличения степени ожирения у беременных повышалась частота анемии. Анемия отмечалась у 50% беременных с избыточной массой тела, I степенью ожирения у 52%, со II степенью – 69,7%, у 71,4% – с III степенью.

Достаточно часто имела место угроза прерывания беременности. Выявлена при избыточной массой тела в 31% случаев, I степенью ожирения у 36%, со II степенью – 42%, у 57,1% – с III степенью.

Ранние токсикозы наблюдали более чем у половины беременных, независимо от степени ожирения.

Анемия, инфекционные заболевания во время беременности, гипертензивные нарушения у беременных женщин, угроза прерывания беременности обусловили высокий перинатальный риск для плодов и новорожденных.

Роды произошли в срок у беременных с избыточной массой тела в 90%, в 82% при I степени ожирения, у 73,0% – при II, у 71,0% – при III степени ожирения. Запоздалые роды при избыточной массой тела в 3%, I степени были у 4,0% и при II – у 9,0% женщин. Преждевременные роды при с избыточной массой тела в 7%, I степени – у 14,0% и при II – у 18% женщин, 29% – при III степени ожирения. В популяции запоздалые роды составили 4,6%, преждевременные – 13%.

Осложненное течение родов было у 25,0% родивших: с избыточной массой тела у 12%, при I степени ожирения у 32,0%, при II у 27%, при III у 43%. Затяжные роды были у 5%; 12,0%; 15%; 43% женщин соответственно.

Таблица 3

Исход беременности при МС

	Избыточный вес, n=58		Ожирение I степени n=77		Ожирение II степени n=33		Ожирение III степени n=7	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Срочные роды	52	90	63	82	24	73	5	71
Преждевременные роды	4	7	11	14	6	18	2	29
Запоздалые роды	2	3	3	4	3	9		
Оперативное родоразрешение	4	7	25	32	9	27	1	14
Затяжные роды	3	5	9	12	5	15	3	43
Преждевременная отслойка плаценты	2	3	5	7	2	6		
Разрывы промежности	7	12	12	15,5	6	18	2	28
Послеродовое кровотечение	4	7	8	10	4	12	2	28

Из представленных данных следует, что общее количество осложнений у рожениц с ожирением достоверно больше с увеличением степени ожирения. Среди них преобладают гипертензивные нарушения у беременных женщин, аномалии родовой деятельности, патологическое течение послеродового и раннего послеродового периодов. Среди осложнений у рожениц с избыточной массой тела и I степенью ожирения чаще имели место острая гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрывы промежности I-II степеней. У рожениц со II и III степенью ожирения отмечен рост числа аномалий родовой деятельности, гипертензивные нарушения у беременных женщин, требующие интенсивной терапии (табл. 3).

Отмечается преобладание оперативного родоразрешения у рожениц с со II степенью ожирения ожирением, произведено у родивших в 32% случаев.

Осложнения в послеродовом периоде отмечены у 12,0% родивших. Основным осложнением был эндометрит (5,5%).

При рождении 89% новорожденных не имели признаков асфиксии, 6,3% были в состоянии легкой асфиксии и 2,5% – в состоянии тяжелой асфиксии. Эти результаты являются причиной дальнейшего углубленного исследования перинатальных показателей и анализа неонатальной заболеваемости.

#### Выводы:

Таким образом, указанные в работе осложнения достоверно чаще отмечены при сочетании ожирения с другими экстрагенитальными заболеваниями. Частота гипертензивных нарушений у беременных женщин, анемия, угроза прерывания беременности увеличиваются пропорционально нарастанию степени ожирения.

Частота осложнений беременности (в виде преждевременных, запоздалых и затяжных родов, преждевременной отслойки плаценты, оперативного родоразрешения, родового травматизма матери, послеродового кровотечения), а также перинатальные исходы определяются наличием и степенью выраженности нарушений жирового обмена, также увеличиваются с нарастанием степени ожирения.

Следовательно, женщин с метаболическим синдромом следует относить к группе риска развития осложнений во время беременности, в родах и перинатальной заболеваемости.

### **Литература:**

1. Cornier M.A., Dabelea D., Hernandez T.L., Lindstrom R.C., Steig A.J., Stob N.R., Van Pelt R.E., Wang H., Eckel R.H. The metabolic syndrome. *Endocrine Reviews*. 2008;29:777-822.
2. Niu J.M., Lei Q., Lü L.J., Wen J.Y., Lin X.H., Duan D.M., Chen X., Zhou Y.H., Mai C.Y., Liu G.C., Hou M.M., Zhao L.N., Yi J. Evaluation of the diagnostic criteria of gestational metabolic syndrome and analysis of the risk factors. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2013 Feb;48(2):92-7.
3. Кыргызская Республика. Медико-демографическое исследование 2012 [Текст] / Национальный стат. комитет КР, М-во здравоохранения КР, MEASUREDHS ICF International. - Бишкек, 2014. – 468 с.
4. Scotland N.E., Cheng Y.W., Hopkins L.M. Gestational Weight Gain and Adverse Neonatal Outcome Among Term Infants // *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 108, No. 3, September, 2006.
5. Rhodes J.C., Schoendorf K.C., Parker J.D. Contribution of Excess weight Gain During Pregnancy and Macrosomia to the Cesarean Delivery Rate, 1990-2000. *Pediatrics* 2003; 111; 1181-1185
6. Cnattingius S., Berfstom R., Lipworth L. Pregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 1998; 338:147-52
7. Hedderson M.M., Weiss N.S., Sacks D.A. Pregnancy Weight Gain and Risk of Neonatal Complications. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. No5, November 2006.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ**

**З.З. Исакова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра акушерства и гинекологии №1

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной работе представлен ретроспективный анализ историй родов женщин с многоплодной беременностью в т. ч. с экстракорпоральным оплодотворением, госпитализированных на родоразрешение в Городской Перинатальный Центр (ГПЦ) в период с января по декабрь 2017 года. Изучены частота, особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с многоплодием. В ходе исследования проведен анализ литературных данных. Была проведена оценка показаний и противопоказаний для выбора оптимального метода родоразрешения путем кесарева сечения или родов через естественные родовые пути.

**Ключевые слова:** многоплодная беременность, экстракорпоральное оплодотворение, самостоятельные роды, кесарево сечение.

## **КӨП БАЛА БОЙГО БҮТКӨН КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЖАНА**

### **ТӨРӨТТҮН ЖҮРҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**З.З. Исакова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 акушердик жана гинекология кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул иште 2017-жылдын январь айынан тартып декабрь айына чейин Шаардык Перинаталдык Борборго (ШПБ) төрөткө жаткырылган көп бала бойго бүткөн аялдардын төрөт баянына ретроспективдүү талдоо берилген. Көп бала бойго бүткөн кош бойлуулуктун жыштыгы, кош бойлуулуктун клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгили иликтенди. Изилдөөнүн жүрүшүндө адабияттык маалыматтарга талдоо жүргүзүлдү. Төрөтүүнүн кесарча кесүү же табигый төрөт жолдору аркылуу төрөтүүнүн оптималдуу усулун тандоо үчүн көрсөтмөлөргө жана каршы көрсөтмөлөргө баалоо жүргүзүлдү.

**Нгизги создор:** көп бала бойго бүткөн кош бойлуулук, экстракорпоралдык бойго бүтүрүү, өз алдынча төрөтүү, кесарча кесүү, кесарев кесүү, жатын тырыгы бар кош бойлуу, табигый төрөт.

## SPECIAL ASPECTS OF MULTIPLE PREGNANCY COURSE AND BIRTH DELIVERY

Z.Z. Isakova, T.H. Teppeeve, M.M. Omurbekova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Obstetrics and Gynecology Deptment №1

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** This work represents a post-hoc analysis of labor and delivery records of women with multiple pregnancy, who have been admitted for delivery to the City perinatal center (CPC) from January to December 2017.

The survey included analysis of frequency, special aspects of the course of multiple pregnancies and confinement period. The study also examined the literature reports. Indications and contraindications for defining the ideal mode of deliveries through cesarean operation or vaginal delivery have been evaluated.

**Key words:** multiple pregnancy, extra corporal fertilization, vaginal delivery, cesarean operation.

### **Введение**

Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, повышении удельного веса кесарева сечения, высоком уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки. [1].

Частота встречаемости многоплодной беременности в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5%. [2] Широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий привело к изменению соотношения спонтанной 70% и индуцированной 30% многоплодной беременности в 80-е годы, против 50% и 50% соответственно в конце 90-х годов. [3]

К основным факторам, способствующим развитию многоплодной беременности, относят: возраст матери старше 30-35 лет, наследственный фактор (по материнской линии), высокий паритет, наступление беременности сразу после прекращения использования оральных контрацептивов, на фоне использования средств для стимуляции овуляции, при ЭКО. [4]

Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска перинатальных осложнений. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, перинатальная – в 10 раз. Уровень ante- и интранатальных осложнений со стороны матери в 2-10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью [5]

Течение беременности при многоплодии часто осложняется преэклампсией, неправильным положением плода, преждевременным разрывом плодных оболочек, преждевременными родами, дистрессом плода, аномалиями родовых сил, гипо- и атоническими кровотечениями. [6]

### **Цель исследования:**

Цель исследования состояла в изучении характера и частоты развития акушерских и антенатальных осложнений у женщин с многоплодной беременностью, особенно после экстракорпорального оплодотворения.

### **Материалы и методы:**

Данное исследование проводилось на базе Городского Перинатального Центра г.Бишкек в период с января по декабрь 2017 года. Нами проанализировано 96 историй родов женщин с многоплодной беременностью. в том числе после ЭКО.

Нами изучены общий, соматический, акушерско-гинекологический анамнезы, течение беременности, родов, послеродового периода и состояние плодов при многоплодии. Проведены клинические, лабораторные и статистические методы исследования, а также отдельно рассматривался вопрос срока и метода родоразрешения. Статистическая обработка выполнялась статистической программой SPSS версия 20.

### **Результаты и обсуждения:**

За 2017 в ГПЦ было проведено 9284 родов, из них путем операции кесарева сечения родоразрешены 1377 женщин, что составило 14,8% от общего количества родов. У 130 женщин диагностирована многоплодная беременность – 1,4%.

По возрастным категориям исследуемые разделились следующим образом: в возрасте до 20 лет было 3 (3,12%) женщины, 21-25 лет – 23 (23,95%), 26-30 лет – 29 (30,20%), 31-35 лет – 24 (25%), 36-40 лет – 15 (15,62%), старше 41 года – 2 (2,08%). Наибольшее количество беременных с многоплодием были в возрасте 26-30 лет – 29 (30,20%). (Рис. 1.)

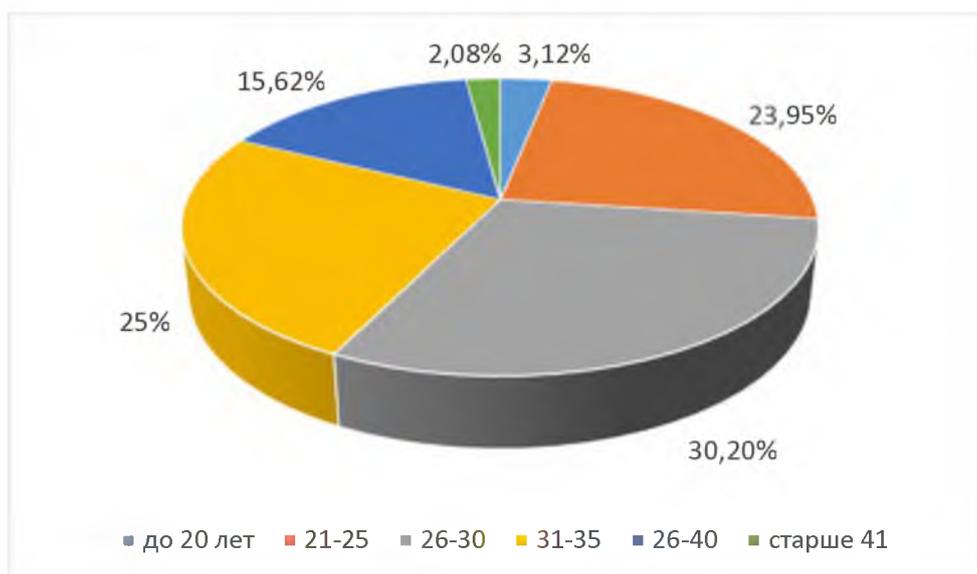


Рис. 1. Распределение женщин по возрастной категории.

Различная экстрагенитальная патология выявлена у 88 пациенток (91,6%), из них у 2 (2,08 %) – патология эндокринной системы, у 5 (5,2%) – патология желудочно-кишечного тракта, у 6 (6,25%), мочевыделительных путей, у 23 (30,7%) – сердечно-сосудистой системы, у 5 (5,2%) – патология легких и верхних дыхательных путей, у 4 (4,16%) – патология зрения, варикозное расширение вен нижних конечностей у 8 (8,33%) пациенток, у 50 (52,07%) женщин – анемия.

Все выявленные заболевания были в стадии компенсации и не приводили к существенному изменению общего состояния беременных.

При изучении акушерского анамнеза среди 96 женщин с многоплодием выявлено, что у 14 (14,58%) обследованных эта беременность была первой. Более 7 беременностей имели 11 (11,45%) пациенток.

У 17 женщин (17,7%) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши.

Искусственные прерывания беременности выполнялись 29 (30,2%) пациенткам. Кесарево сечение в анамнезе встречалось у 16 пациенток (16,6%),

Оперативное родоразрешение проводилось 10 женщинам – однократно, 4 пациенткам дважды, у 2 женщин – операция кесарева сечения проводилась трижды.

Из гинекологического анамнеза отмечено, что менархе в возрасте 10-12 лет наступило у 6 (6,25%) пациенток, в 13-15 лет – у 65 (67,7%), в 16-18 лет первая менструация наступила у 25 женщин (26,04%).

Из гинекологических заболеваний у двух пациенток (2,08%) имеется эрозия шейки матки, у 2 (2,08%) – миома, двусторонний сальпингоофорит у 1 пациентки.

**Течение настоящей беременности.** Из 96 обследованных женщин с многоплодной беременностью – в 94 (95,9%) случаях отмечалась двойня, и в 2 случаях (2,08%) тройня. Из анамнеза выяснено, что многоплодная беременность у 89 (92,7%) женщин наступила спонтанно. В 7 случаях (7,29%) беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий путем экстракорпорального оплодотворения.

Первый триместр у 46% женщин протекал фоне ранних гестозов.

Наиболее частыми осложнениями во время третьего триместра беременности были (Рис. 2):

- угроза прерывания беременности – 7 (6,72%);
- гестационные отеки без протеинурии 16 (16,66%);
- анемия – 42 (43,75%);
- гестационная гипертензия – 10 (10,04%);
- преэклампсия легкой степени – 10 (10,04%).
- преэклампсия тяжелой степени – 6 (6,25%).



Рис. 2. Осложнения, возникшие в III триместре беременности.

Своевременные роды произошли у 49 (48,9%) беременных; из них на сроке 37-38 нед. – у 22 (22,91%), 39-40 нед. – у 27 (28,125%). Преждевременные роды 47 (48,95%) женщин: на сроках 22-27 нед. – 2 (2,83%), 28-31 нед. – 9 (9,37%), 32-34 нед. – 16 (16,66%), 35-36 нед. – 20 (2,83%). (Таб. 1).

Таблица 1

Сроки родоразрешения беременных с многоплодием

Срок беременности	Число случаев	Процентное соотношение %
39-40	49	48,9
38-39	22	22,91
35-36	20	20,83
32-34	16	16,66%
28-31	9	9,37%
22-27	2	2,83%

Роды через естественные родовые пути произошли у 55 женщин 57,2%. Показанием для самостоятельных родов послужили: активная родовая деятельность, головное предлежание обоих плодов, готовность родовых путей, соответствие размеров головки плода размерам таза.

Травмы мягких тканей родовых путей отмечались у 7 (7,29%) пациенток.

Послеродовой период у 45 пациенток после самостоятельных родов протекал без осложнений.

В 10 случаях ранний послеродовой период осложнился гипотоническим кровотечением от 500 до 750 мл у 6 (6,25%) женщин – осложнился гипотоническим кровотечением, свыше 750 мл у 4 (4,1%) женщин. С целью остановки кровотечения в 3 (3,12%) случаях прибегли к хирургическому гемостазу путем перевязки маточных сосудов. В остальных случаях кровотечение остановлено консервативно путем инфузии утеротонических средств.

В 41 (42,7%) случае женщинам была проведена операция кесарева сечения. Показанием для оперативного родоразрешения послужили слабость родовой деятельности 8 (8,33%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты 4 (4,16), 2 и более рубцов на матке после кесаревых сечений 17 (17,7%), гипертензивные нарушения в третьем триместре 20 (20,83%), поперечное положение плода 12 (2,5%) миопия высокой степени 4 (4,16) экстракорпоральное оплодотворение 7 (7,29%), дородовое излитие околоплодных вод у 31 пациентки (32,29%).

В 33 (34,37%) случаях операция кесарева сечения протекала без особенностей.

У 8 (8,33%) пациенток кровопотеря составила от 750 до 1000 мл. С целью остановки кровотечения была произведена двусторонняя перевязка маточных артерий и наложены компрессионные швы по Б. Линчу в 7 случаях (7,29%), гемостатические швы наложены 1 (1,04%)

пациентке. В остальных случаях кровотечение было остановлено консервативно, с использованием утеротонических средств и введением гемостатиков.

Всего у 96 пациенток родилось 194 детей: недоношенных – 122 (62,88%), доношенных – 72 (37,11%); мальчиков – 113 (58,24%), девочек – 81 (41,75%); живорожденных – 189 (97,42%), мертворожденных – 5 (2,57%).

Массу тела при рождении до 999 г имели 3 (1,55%) плодов, 1000-1499 г – 7 (3,61%), 1500-1999 г – 29 (14,95%), 2000-2499 г – 53 (27,32%), 2500-2999 г – 60 (30,93%), 3000-3499 г – 29 (14,95%), более 3500 г – 13 (6,7%) детей. (Рис. 3.)

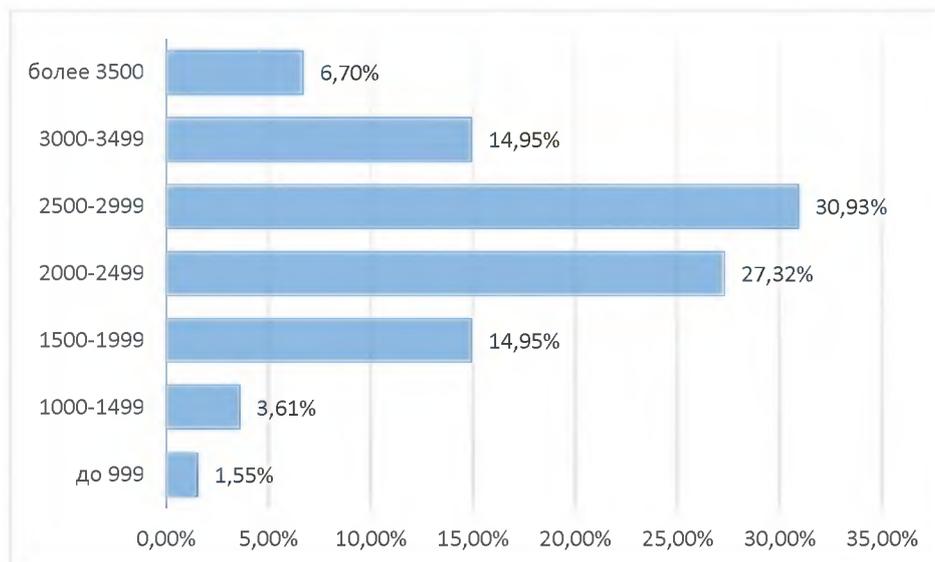


Рис. 3. Показатели массы тела детей при рождении у женщин с многоплодной беременностью.

#### **Выводы:**

1. За 2017 в Городском Перинатальном Центре г. Бишкек было зарегистрировано 9284 родов.
2. У 130 женщин было диагностировано многоплодие 1,4%.
3. Из 96 обследованных пациенток в 7 (7,29%) случаях беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий – путем экстракорпорального оплодотворения.
4. Из числа обследованных женщин самостоятельных роды произошли в 55 случаях, путем операции кесарева сечения родоразрешены 41 пациентка.
5. Беременность и роды у женщин с многоплодием протекают с многочисленными осложнениями и сопровождаются частыми акушерскими вмешательствами.
6. Многоплодная беременность является фактором высокого риска по развитию поздних гипертензивных нарушений, анемии, неправильному положению плода, ранними гипо- и атоническими кровотечениями в послеродовом периоде.

#### **Заключение**

Таким образом, выявление и ранняя диагностика различных осложнений многоплодной беременности, дифференцированный подход к их профилактике и лечению, а также рациональный выбор метода родоразрешения в оптимальные сроки позволяют снизить перинатальную заболеваемость и смертность.

#### **Литература**

1. *Акушерство: национальное руководство: Медицинская литература* / [Э.К. Айламазян и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1200 с.
2. *Клинические протокол по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения. Сборник №3.* – Бишкек: Медицинская литература, 2015.
3. *Егорова, А.Т. Комплексная оценка социального, репродуктивного и соматического анамнезов беременных при индуцированном многоплодии* / А.Т. Егорова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* - 2014. - С. 69-73.
4. *Киселевич, М.Ф. Течение беременности и родов при многоплодии* / М.Ф. Киселевич, В.М. Киселевич // *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация.* - 2010. - №10. - С. 56-59.
5. *Цивцивадзе, Е.Б. Многоплодная беременность: современный взгляд на проблему ведения беременности и родов. Обзор литературы* / Е.Б., Цивцивадзе, С.В., Новикова // *РМЖ.* - 2014. - №1. – С. 16-22.

6. Khodzhaeva, Z. Experience with cervical serclage in multiple pregnancies / Z. Khodzhaeva, G. Sukhikh // J. Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. - 2009. - P. 21.

### **ЭФФЕКТИВНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНЫХ КРОВОПОТЕРЬ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

**Аскеров А.А.<sup>1</sup>, Осмонова С.К.<sup>2</sup>, Алтынбекова А.А.<sup>1</sup>, Муталипова Ж.М.<sup>1</sup>**

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

Кафедра «Акушерства и гинекологии №2»

<sup>2</sup> Национальный центр охраны материнства и детства

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведено проспективное исследование 84 случаев гипотонического ПРК, основную группу составили 35 женщин, которым наряду со стандартной терапией использовали баллонную тампонаду матки (БТМ), а в контрольную вошли 49 пациенток, получивших базовый протокол лечения. Оценку эффективности БТМ проводили по индикаторам, также оценивался уровень удовлетворенности пациенток по 10-ти балльной шкале.

**Ключевые слова:** гипотоническое послеродовое кровотечение, баллонная тампонада матки.

### **ТОРОТТОН КИЙИНКИ МАССИВДУУ ГИПОТОНИАЛЫК КАН АЧЫЛЫП АГУУЛАРГА КАРАШТУУ НАТЫЙЖАЛУУ КИЧИ ИНВАЗИВДИК АЛДЫН АЛУУСУ**

**Аскеров А.А.<sup>1</sup>, Осмонова С.К.<sup>2</sup>, Алтынбекова А.А.<sup>1</sup>, Муталипова Ж.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы

«Акушерство жана гинекология №2» кафедрасы.

<sup>2</sup> Эне жана бала коргоо улуттук борбору

Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Гипотониялык ТККлардын 84 учурун проспектик изилдөө жүргүзүлгөн, негизги топту 35 аял түзүшкөн, аларга стандарттык терапия менен катар жатындын баллондук тампонадасын (ЖБТ) колдонушкан, ал эми текшерүү тобуна 49 бейтап кирген, алар дарылоонун базалык протоколун алышкан. ЖБТнын натыйжалуулугуна баа берүүнү индикаторлор боюнча жүргүзүшкөн, ошондой эле бейтаптардын 10 баллдык шкала боюнча канааттануу деңгээлине баа берилген.

**Негизги создор:** гипотониялык төрөттөн кийинки кан ачылып агуусу, жатындын баллондук тампонадасы.

### **EFFECTIVE MINIMALLY INVASIVE PROPHYLAXIS OF MASSIVE BLOOD LOSS IN POSTPARTUM HYPOTONIC BLEEDING**

**Askerov A.A.<sup>1</sup>, Osmonova S.K.<sup>2</sup>, Altynbekova A.A.<sup>3</sup>, Mutalipova J<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Kyrgyz State Medical Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Obstetrics and Gynecology №2,

<sup>2</sup> National Center of Maternity and Childhood Care,

Bishkek, Kyrgyz Republic.

**Conclusion:** During retrospective analysis of 84 women, the main group consisted of 35 who got a standard therapy and a balloon tamponade (BT), in control included 49 who received a standard therapy. The effectiveness of BT evaluated with indicators; patient satisfaction evaluated on a 10-point scale

**Key words:** hypotonic postpartum hemorrhage, uterine balloon tamponade.

**Актуальность.** По результатам исследований ВОЗ за период с 1990 по 2015 гг. уровень материнской смертности (МС) во всем мире снизился почти на 44%, а в Кыргызстане всего на 5 % и составил 76 случаев на 100 тысяч живорожденных детей. Данный показатель является самым высоким среди стран Центральной Азии и Восточной Европы [1,2]. Послеродовое кровотечение (ПРК) занимает лидирующее место (27,1%) среди «большой пятерки» причин материнской смертности [3,4], а среди четырех основных причин ПРК, известных как «4Т» (тонус, ткань, травма, тромбоз), наиболее распространенной является гипотония матки [5]. В Кыргызской Республике (КР) кровотечения также возглавляют список непосредственных причин МС и составляют – 43,2% [6].

В современном акушерстве изучение и применение консервативных и органосохраняющих методов остановки ПРК являются приоритетным направлением, т.к. позволяют реализовать репродуктивный потенциал у женщин детородного возраста. Имеются многочисленные исследования, что

гистерэктомия способна дискредитировать функцию тазового дна в связи с изменениями кровоснабжения, иннервации и лимфодренажа этих органов и развитием полисистемных синдромов [7,8].

В 2007 году, сотрудниками Лондонского Университета Святого Георга, была проведена сравнительная оценка эффективности органосохраняющих методов лечения ПРК. Совокупные результаты показали, что эффективность эмболизации маточных артерий – 90,7% (95% доверительный интервал (ДИ), 85,7%-94,0%), баллонной тампонады матки (БТМ) 84,0% (95% ДИ, 77,5%-88,8%), маточных гемостатических компрессионных швов (ГКШ) 91,7% (95% ДИ, 84,9%-95,5%), а также 84,6% (81,2%-87,5%) для деваскуляризации матки (ДМ) или перевязки внутренних подвздошных артерий (ПВПА) ( $p=0,06$ ) [9]. Резюмируя полученные данные пришли к выводу о том, что по эффективности нельзя выделить ни один из четырех существующих методов остановки ПРК. Однако, по данным других авторов эффективность БМТ при лечении ПРК составляет от 80 до 100% [10,11,12,13] и выгодно отличается наименьшей инвазивностью, простотой и скоростью применения.

Таким образом, все вышеизложенное диктует необходимость дальнейшего изучения, и внедрения эффективных малоинвазивных методов борьбы с ПРК способствующих предотвращению массивной акушерской кровопотери, сокращению числа хирургических методов гемостаза, что в конечном итоге позволит сохранить репродуктивный потенциал женщин и повысить общей удовлетворенности пациента проведенным лечением.

**Цель.** Оценить эффективность применения баллонной окклюзии полости матки при лечении гипотонических послеродовых кровотечений.

**Материалы и методы.** На базе Клинического Родильного дома №2, Чуйской областной Объединенной Больницы, и Национального Центра Охраны Материнства и Детства проведено проспективное исследование за период с 2015 по 2016 гг. В данное исследование включены 84 пациентки. Критерии включения: роды в доношенном сроке, одноплодные, через естественные родовые пути, ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением 500,0 мл и более. Неотложная акушерская помощь всем родильницам оказывалась согласно алгоритму, утвержденному в клиническом протоколе (КП) Кыргызской Республики. Основную I группу составили 35 родильниц, которым наряду со стандартной терапией проведена баллонная тампонада полости матки, а во II контрольную группу вошли 49 родильниц без проведения БТМ. Пациентки из обеих групп были сопоставимы по возрасту и паритету родов. Согласно закону об охране здоровья граждан в КР и в соответствии с этическими нормами и кодексами профессиональной этики медицинского работника КР, у пациенток получено письменное информированное согласие на применение методики БТМ. Оценка эффективности проводилась по следующим индикаторам: общий объем кровопотери, потребность в трансфузии эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, применение больших доз простагландинов (PG), антибиотиков (АБ), обезболивающих препаратов, инфузионная терапия (ИТ) объемом более 1500,0 мл, потребность в лапаротомии и органосохраняющем хирургическом гемостазе включающий: перевязку восходящих маточных, яичниковых артерий, гемостатические компрессионные швы на матку и перевязку внутренних подвздошных артерий; потребность в гистерэктомии (ГЭ), время начала грудного вскармливания (ГВ), уровень гемоглобина (Hb) при выписке. Кроме того, проводилось анонимное анкетирование и оценивался уровень удовлетворенности пациенток проведенным лечением по 10-ти балльной шкале.

**Результаты и обсуждения.** Средний возраст родильниц в основной группе составил – 24,7±3,9 лет, а в контрольной – 25,4±3,8 лет, первородящих в обеих группах было по 43% и 48% соответственно. Сравнимые группы пациенток статистически не различались по акушерскому и соматическому анамнезу. С целью профилактики ПРК всем 84 родильницам проведено активное ведение III периода родов. После исключения 3-х причин ПРК: «тромбин», «ткань», «травма» и наличии симптомов, подтверждающих диагноз гипотонического кровотечения, родильницам I группы наряду со стандартным алгоритмом оказания неотложной помощи проведена баллонная окклюзия полости матки, а родильницам из II группы помощь оказывалась без применения БТМ.

Таблица 1

Индикаторы эффективности баллонной окклюзии полости матки

Индикаторы	I группа (n=35)	II группа (n=49)
Средний общий объем кровопотери, мл	664,57±117,83	1150,08±357,12
Кровопотеря 500,0-1000,0 мл	33 (94,3%)	10 (20,4%)
Кровопотеря 1000,0-1500,0 мл	2 (5,7%)	31 (63,3%)
Кровопотеря >1500,0 мл	0 (0%)	8 (16,3%)

Потребность в хирургическом гемостазе	5 (14,3%)	31 (63,3%)
Деваскуляризация матки	5 (14,3%)	31 (63,3%)
Компрессионный шов на матку	2 (5,7%)	31 (63,3%)
ПВПА, абс. (% от общего числа родильниц)	0 (0%)	13 (26,5%)
ПВПА, абс. (% от числа родильниц с ХГ)	0 (0%)	13 (41,9%)
Гистерэктомия, абс. (% от общего числа родильниц)	0 (0%)	19 (38,8%)
Гистерэктомия, абс. (% от числа родильниц с ХГ)	0 (0%)	19 (61,3%)
Применение больших доз простагландинов	14 (40%)	39 (79,6%)
Инфузионная терапия более 1500,0 мл	7 (20%)	29 (59%)
Трансфузия эритроцитарной массы	4 (11,4%)	32 (65,3%)
Трансфузия свежезамороженной плазмы	4 (11,4%)	35 (71,4%)
Применение антибиотиков	7 (20%)	37 (75,5%)
Применение обезболивающих препаратов	5 (14,3%)	31 (63,3%)
Начало ГВ в течении первых двух часов	30 (85,7%)	15 (30,6%)
Уровень Hb при выписке, г/л	95,4	71,0

Основным и индикатором эффективности применения БТМ при гипотоническом ПРК является общий объем кровопотери после вагинальных родов. Как видно из приведенных данных в таблице 1, средний общий объем кровопотери в основной группе составил  $664,57 \pm 117,83$  мл против  $1150,08 \pm 357,12$  мл. Кроме того, в этой же группе преобладала кровопотеря равная от 500,0 до 1000,0 мл и составила 33 случая (94,3%), против 10 случаев (20,4%). В контрольной группе кровопотеря от 1000,0 до 1500,0 мл была на 57,6% выше и составила 63,3% (31 случай) против 5,7% (5 случаев). Объемы равные более 1500,0 мл развились только у 8 родильниц (16,3%), которым неотложная помощь оказывалась без применения БТМ. Другим наиболее показательным индикатором является частота хирургических вмешательств после вагинальных родов. Согласно рекомендациям, утвержденным в КП КР [14] при продолжающемся кровотечении более 1000,0 мл необходимо рассмотреть вопрос о лапаротомии и проведении поэтапного хирургического гемостаза (ПХГ). В нашем исследовании оперативное лечение начиналось с органосохраняющих методов включающих: деваскуляризацию матки путем билатеральной перевязки маточных и яичниковых артерий, наложение гемостатических компрессионных швов на матку по методике Науман, перевязку внутренних подвздошных артерий. В случае отсутствия эффекта от проводимого лечения и/или наличия показаний к проведению радикального лечения переходили на гистерэктомию.

Исходя из вышеизложенного, получены следующие результаты: в основной группе, после проведения БТМ гемостатический эффект достигнут в 30 случаях (85,7%), а в 5 случаях (14,3%) тампонадный тест [15,16] показал отрицательный результат, в виду чего было принято решение провести лапаротомию и ПХГ. Всем пятерым родильницам была проведена деваскуляризация матки, т.к. частичная ишемизация способствует восстановлению сократительной способности миометрия. Однако, двоим (40%) пациенткам из пяти, в виду сохраняющегося сниженного тонуса матки, была дополнительно проведена компрессия матки по Науман, которая исключает проведение гистерэктомии. По мнению многих авторов, [17,18,19] в условиях нарушения нейромышечного аппарата матки, при гипотоническом кровотечении после вагинальных родов, травмирование и нарушение целостности миометрия путем гистеротомии может вызвать дополнительную кровопотерю. При анализе корреляционной связи между проведением БТМ, объемам кровопотери и ПХГ, видно, что в основной группе из всех 35 случаев, в 33 (94,5%) кровопотеря составила до 1000,0 мл. Несмотря на то, что пятерым родильницам пришлось провести хирургическое вмешательство, в 100% случаев удалось сохранить репродуктивную функцию женщин. Таким образом, БТМ оказалась не только эффективным самостоятельным способом лечения гипотонического ПРК, но и позволила сократить время на принятие решения об оперативном вмешательстве в виду показательного отрицательного тампонадного теста, а также позволила сократить объем кровопотери на этапе подготовки к операции, что в итоге повлияло на успешный органосохраняющий хирургический гемостаз.

В контрольной группе из 49 родильниц с гипотоническим ПРК переход на ПХГ потребовался в 31 случае (63,3%). На начальном этапе оперативного лечения всем 31 родильницам проведена деваскуляризация и компрессия матки, у 7 (22,6%) был достигнут гемостатический эффект, а 13 пациенткам (41,9%) проведена ПВПА; по отношению к общему числу родильниц второй группы данный показатель составил 26,5%. Перевязка магистральных артерий малого таза не всегда обеспечивает пол-

ноценный гемостаз [20], в нашем исследовании эффективность составила 38,5%, т.е. гемостаз был достигнут 5 случаям, а остальным 8 пациенткам (61,5%) объем оперативного вмешательства был расширен до органуносящей гистерэктомии, увеличив таким образом общий объем кровопотери более 1500,0 мл. Данная операция считается технически сложной и должна проводиться обученным высококвалифицированным хирургом или сосудистым хирургом [21]. Однако, учитывая внезапность кровотечения и высокую скорость кровотока в послеродовой матке и, как следствие – высокую скорость кровопотери, даже при несении ургентной службы этими специалистами, не всегда представлялось возможным провести этот этап органосохраняющего хирургического гемостаза. Поэтому, несмотря на то, что по мнению многих авторов [16,19], гистерэктомия должна рассматриваться как заключительный метод, используемый для спасения жизни, при отсутствии эффекта от остальных кровоостанавливающих методов, в 11 случаях (35,5%) было проведено радикальное лечение по причине отсутствия возможности провести ПВПА и продолжающемся жизнеугрожающем кровотечении. Исходя из вышеизложенного видно, что частота ГЭ возросла до 61,3%, т.е. до 19 случаев из всех 31 родильниц, подвергнутых оперативному вмешательству. А частота ГЭ по отношению к общему числу пациенток контрольной группы составила 38,8%.

Утеротонические препараты применялись во всех случаях гипотонического ПРК. Так, Окситоцин в общей дозе 40 МЕ применялся в 100% случаев обеих групп, а потребность в Мизопростоле (PGE1) в дозе 800-1000 мкг в контрольной группе составила 79,6% против 40% в основной. Инфузионно-трансфузионная терапия проводилась в соответствии с рекомендациями в КП. Главная цель ИТ является быстрое восстановление капиллярной перфузии, что позволит предупредить срыв компенсаторных механизмов, приводящих к развитию шоковых изменений. Суточный объем ИТ при компенсированном и легком геморрагическом шоке (кровопотеря <1500,0 мл) колебался от 250 до 290% ОЦК, а при кровопотере более 1500,0 мл составил 300% дефицита ОЦК. Таким образом индикатор потребности в ИТ более 1500,0 мл во II группе на 39% больше и составил 29 случаев (59%) против 7 случаев (20%) в основной. С целью восстановления кислородтранспортной функции крови и достижения минимально допустимых показателей красной крови (*Hb* не менее 70 г/л, гематокрит не менее 30%), эритроцитарная масса переливалась в основной группе в 4 (11,4%) случаях, а в контрольной в 32 (65,3%). Проявления нарушений системы гемостаза во II группе были у 35 (71,4%) против 4 (11,4%), что явилось показанием к переливанию свежзамороженной плазмы. Кроме того, потребность в АБ терапии и применении обезболивающих препаратов в контрольной группе были на 55,5% и 49% выше, чем в основной. Согласно рекомендациям ВОЗ, начало грудного вскармливания должно быть в течении первых 30 минут – первого часа после рождения; однако, в нашем исследовании индикатором эффективности определено минимальное время начала ГВ в течении первых двух часов, и в I группе он составил 85,7%, против 30,6%. БТМ позволила предупредить развитие постгеморрагической анемии тяжелой степени, и при выписке средний уровень *Hb* в основной группе составил 95,4 г/л, в контрольной 71,0 г/л. При определении уровня удовлетворенности пациентов полученным лечением по 10-ти балльной шкале в группе с использованием БТМ средний балл составил 8,5±1,0, а во второй группе 5,3±2,1 балла.

**Таким образом,** баллонная окклюзия полости матки полностью соответствует стратегии сохранения репродуктивного потенциала женщин, а также позволяет значительно улучшить медико-экономические показатели, повысить уровень удовлетворенности и качество жизни женщин.

#### **Литература:**

1. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group, United Nations Population Division (UNPD). Geneva: WHO; 2015. Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> (accessed 13.04.2017).*
2. *Alkema L., Chou D., Hogan D., et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Lancet. 2016; 387(10017): 462-74.*
3. *Say L., Chou D., Gemmill A., et al. Global Causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014; 2(6): e323-e333.*
4. *Belfort M.A., Lokwood Ch.J., Barss V.A. Overview of postpartum hemorrhage. UpToDate, Inc. 2015. Available at: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage#H1>.*
5. *Ramanathan G., Arulkumaran S. Postpartum Haemorrhage. Curr Obstet Gynaecol. 2006; 16(1): 6-13.*
6. *Первый отчет конфиденциального аудита материнской смертности в Кыргызской Республике за 2011-2012 гг. - Бишкек, 2014.*
7. *Knight M.; on behalf of UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. BJOG. 2007; 114(11) 1380-7.*

8. Баев, О.Р. Послеродовое кровотечение: акушерская тактика и интенсивная терапия / О.Р. Баев, А.И. Давыдов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2011. – Т. 10. – №6. – С. 65-69.
9. Doumouchtsis S.K., Papageorghiou A.T., Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to when medical treatment fails. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2007; 62(8): 540-7.
10. Olsen R., Reisner D.P., Benedetti T.J.. Bakri balloon effectiveness for postpartum hemorrhage: a «real world experience». *J. Matern Fetal Neonatal Med.* 2013; 26(17):1720–3.
11. Lohano R., Haq G., Kazi S., Sheikh S. Intrauterine balloon tamponade for the control of postpartum haemorrhage. *J. Pak Med Assoc.* 2016; 66(1): 22-6.
12. Vintejoux E., Ulrich D., Mousty E., et al. Success factors for Bakri balloon usage secondary to uterine atony: a retrospective, multicenter study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2015; 55(6): 572-7.
13. Кукарская, И.И. Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарева сечения как метод профилактики острой массивной кровопотери / И.И. Кукарская // Акушерство и гинекология. – 2012. – №7. – С. 80-83.
14. Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения: сб. №3. – Бишкек: МЗ КР, 2010.
15. Condous G.S., Arulkumaran S., Simonds I., et al. The “tamponade test” in the management of massive postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2003;101(4):767–72.
16. Frenzel D., Condous G.S., Papageorghiou A.T., McWhinney N.A. The use of “tamponade test” to stop massive obstetric haemorrhage in placenta accreta. *BJOG.* 2005;112(5): 676-7.
17. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of postpartum hemorrhage. March 2011. Accessed Nov. 1, 2013.
18. Chandrharan E., Arulkumaran S. Surgical aspects of postpartum haemorrhage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2008;22(6):1089-102. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.08.001.
19. Doumouchtsis S.K., Nicolopoulos K., Talaulikar V.S., et al. Menstrual and fertility outcomes following the surgical management of postpartum haemorrhage: a systematic review. *BJOG.* 2014;121(4):382-8. doi: 10.1111/1471-0528.12546.
20. O’Leary J.A. Uterine artery ligation in the control of postcesarean haemorrhage. *J. Reprod Med.* 1995;40(3):189-93.
21. Хирургический компонент лечения акушерских гипотонических кровотечений / Рымашевский А.Н., Радзинский В.Е., Красникова Н.А. и др. // Акушерство и гинекология. – 2008. – №3. – С. 30-34.

УДК/618.14-006-07+616-036.8

**НЕИНВАЗИВНАЯ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ  
ЧЕРЕЗ ОНКОМАРКЕР СА-125 И ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА  
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН**

**А.А. Аскеров, А.Ж. Сатыбалдиева, А.Ж. Жумабекова, К.К. Абдышев**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра акушерства и гинекологии №2  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** в статье представлены результаты исследования по неинвазивной ранней диагностике эндометриозной кисты яичника через УЗИ и онкомаркеры СА-125. Доказана эффективность использования антимюллера гормона в прогнозировании резервных возможностей яичника после хирургического лечения эндометриозной кисты.

**Ключевые слова:** эндометриоз, киста, яичник, онкомаркеры, гормон, хирургическое лечение.

**ЖУМУРТКА БЕЗИНИН ЭНДОМЕТРИЯЛЫК КИСТАСЫН ИНВАЗИВДУУ ЭМЕС  
СА-125 ОНКОМАРКЕРЛЕРИ АРКЫЛУУ ЭРТЕ ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА  
АНТИМЮЛЛЕР ГОРМОНУ МЕНЕН ДАРЫЛООДОН КИЙИН ЖУМУРТКА БЕЗИНИН  
РЕЗЕРВДИК МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮН БОЛЖОЛДОО**

**А.А. Аскеров, А.Ж. Сатыбалдиева, А.Ж. Жумабекова, К.К. Абдышев**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,  
№2 Акушердик жана гинекология кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** макалада УДИ жана СА-125 онкомаркерлери аркылуу жумуртка безинин эндометриялык кистасын инвазивдүү эмес эрте диагностикалоо боюнча изилдөөнүн жыйынтыктары берилген. Эндометриялык кистаны хирургиялык дарылоодон кийинки жумуртка безинин резервдик мүмкүнчүлүктөрүн болжолдоодо антимюллергормонун пайдаланууну натыйжалуулугу далилденди.

**Негизги создор:** эндометриоз, киста, жумуртка беши, онкомаркерлер, гормон, хирургиялык дарылоо.



# NONINVASIVE EARLY DIAGNOSIS OF OVARIAN ENDOMETRIOSIS THROUGH THE CA-125 CANCER MARKER AND ASSESSMENT OF THE OVARIAN RESERVE AFTER TREATMENT WITH ANTIMUYLEYER HORMONE

A.A. Askerov, A.J. Satybaldieva, A.Zh. Zhumabekova, K.K. Abdyshev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department Obstetrics and Gynecology N2

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** the article presents the results of a study on noninvasive early diagnosis of the endometriosis ovarian cyst via ultrasound and on-markers CA-125. The effectiveness of using antimulyler hormone in predicting the reserve capacity of the ovary after surgical treatment of endometriosis cyst.

**Key words:** endometriosis, cyst, ovary, oncomarkers, hormone, surgical treatment

**Актуальность.** Разнообразие клинических проявлений эндометриоза и отсутствие патогномичного именно для этого заболевания симптома определяют сложную диагностическую задачу в практической деятельности гинеколога. Наиболее часто при эндометриозе отмечается так называемый синдром хронической боли в области малого таза. По рекомендации Американской ассоциации акушеров и гинекологов, в диагностике эндометриоза большое значение имеет последовательное исключение других причин боли этой локализации [1,2,3,4,5,6]. Выявленные при тщательном гинекологическом исследовании узловые образования вдоль утолщенных крестцово-маточных связок, увеличение и фиксация матки в ретроверсии, тяжесть или увеличение яичников заставляют лишь предположить наличие эндометриоза. Лабораторные тесты и магнитно-резонансное исследование также не имеют достаточной диагностической точности [7,8,9]. Для ранней диагностики эндометриоза, наряду с анализом клинических данных, использованием ультразвукового, эндоскопического и магнитно-резонансного исследования, весьма перспективным является метод выявления опухолевых антигенов [10,11]. Поэтому в настоящее время методом выбора в диагностике эндометриоза является опухолевый антиген СА-125. Этот высокомолекулярный гликопротеин может быть определен иммунными методами с помощью моноклональных антител. По данным литературы, у 95-97% здоровых женщин уровень СА-125 не превышает 35 Ед/мл. Высокий уровень СА-125 в сыворотке крови определяют при эндометриозе, а также при циррозе печени, остром панкреатите, раке желудка и миоме матки. Поэтому диагностика эндометриоза с помощью данного теста без полного комплекса лабораторно-инструментальных исследований не правомерна. Однако бесспорную ценность имеет мониторинг концентрации СА-125 в сыворотке крови пациенток для определения динамики заболевания, тактики последующего лечения и его эффективности [12,13,14,15].

Опухоль ассоциированным является также углеводный антиген СА 19-9. Несмотря на невысокую чувствительность данного маркера для диагностики эндометриоза, одновременное исследование содержания СА-125 и СА 19-9 позволяет улучшить диагностику заболевания.

**Целью работы** было изучение у женщин с эндометриозной кистой яичника метода ранней неинвазивной диагностики через онкомаркеры СА-125 и оценки овариального резерва после лечения через антимюллеров гормон.

**Материал и методы.** Под нашим наблюдением находились 58 женщин репродуктивного возраста с признаками эндометриозной кисты яичника, диагностируемые в течение 1-2 месяцев после обращения к врачу гинекологу. У каждой пациентки проведен анализ факторов развития в сравнении со здоровыми. Для совокупной клинико-лабораторной диагностики эндометриозной кисты яичника использовались УЗИ, количественные анализы на онкомаркеры СА-125 и на антимюллеров гормон. При этом исследование в крови онкомаркеров СА-125 проводили в фолликулиновую фазу и в дни менструации для ранней диагностики эндометриоза яичников с последующей верификацией на УЗИ, а определение антимюллерова гормона для оценки овулярного резерва производили до и после хирургического лечения на яичнике.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Средний возраст женщин составил 24,3 года. В ходе проспективного исследования нам удалось у 49 женщин с эндометриозной кистой яичника провести диагностически двухкратное измерение онкомаркеров СА-125 (в 1 фазу и во время менструации) с УЗИ, и двухкратное измерение антимюллерова гормона до и после хирургического лечения. Отношение показателей уровня СА-125 (в 1 фазу и во время менструации) с УЗИ, и двухкратное измерение антимюллерова гормона до и после хирургического лечения (табл. 1).

Таблица 1

Оценка уровня онкомаркера СА-125 в сравниваемых группах в 1-ю фазу менструального цикла и во время менструации

Группы Время измерения онкомаркера	Основная 49	Контрольная 19	P
СА-125 в 1-й фазе	12,2±1,4	12,5±1,5	P>0,05
СА-125 во время menses	23,7±4,8	12,4±1,4	P<0,05
	P<0,05	p>0,05	

Отношение показателей уровня СА-125 во время менструации к показателю во время фолликулярной фазы цикла, превышал на 1,6 раза больше (p=0,05), что указывало на наличие эндометриоза даже без УЗИ верификации (рис. 1).

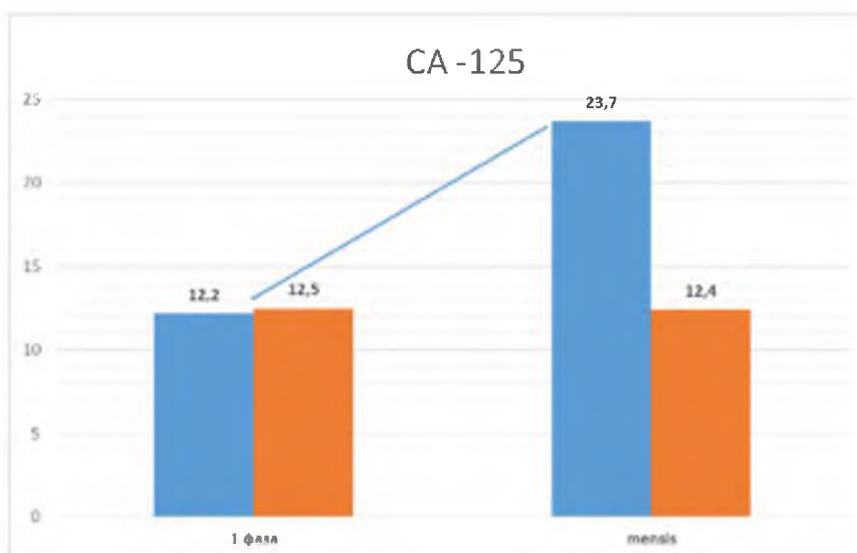


Рис. 1. Диагностический сравнительный прирост у больных с эндометриозом яичника онкомаркера СА-125.

Следует отметить, что среди 49 пациенток основной группы у 11 (22,4%) пациенток эндометриозная киста на УЗИ не верифицировалась из-за маленькой формы (диаметр менее 2,5-3 см). В амбулаторной практике перед врачом гинекологом встает трудный вопрос по маршрутизации и тактике ведения таких пациенток, особенно, если остро стоит вопрос о беременности, т.е. можем выбрать без хирургического лечения консервативное гормональное лечение дианогестом с последующей индукцией беременности.

Хирургический подход при эндометриодных кистах яичника в целом соответствует таковому при любой доброкачественной опухоли яичника. При лечении наших пациенток репродуктивного возраста самым важным явилось сохранение фертильности. При этом не всегда во всех больницах соблюдались все принципы микрохирургической операции с использованием щадящих воздействий современных хирургических энергий на ткань яичника (энуклеация только пораженных участков) для максимального сохранения овариального резерва.

Объем операции обязательно должен был обеспечивать снижение риска развития рецидивов (табл. 2).

Таблица 2

Оценка уровня Антимюллера гормона в сравниваемых группах до и после хирургического лечения

Группы Время исслед. АМГ	Основная n=43	Контрольная n=32	t
АМГ до лечение	4,9±1,2	6,0±0,9	p>0,05
АМГ после лечение	2,1±1,5	6,0±0,9	p<0,05
t	p<0,05	-	-

Данные наших исследований показали значимое снижение сывороточной концентрации АМГ (антимюллеровский гормон) после хирургического удаления эндометриоза (рис. 2).

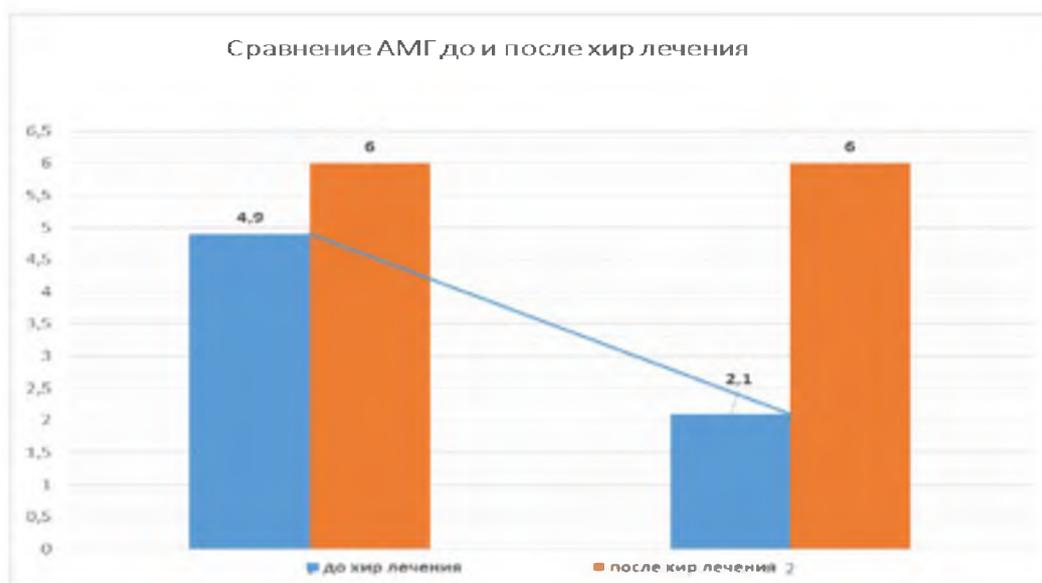


Рис. 2. Динамика уровня АМГ у больных с эндометриозом яичника до и после хирургического лечения.

Было показано, что оперативное лечение эндометриоза яичника сопровождается снижением сывороточного уровня АМГ на 2,33 раза (95% доверительный интервал от 1,02 до 2,2). Таким образом, результаты исследования указывают на отрицательное влияние хирургического удаления эндометриоза яичника на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста. В нашем исследовании было проведено исследование АМГ у 49 пациенток после хирургического лечения, при котором был определен низкий показатель среднего уровня 2,1+-1,5 нг/л.

Таким образом, алгоритмы неинвазивной ранней диагностики малой эндометриозной кисты яичника через УЗИ и онкомаркер СА-125, а также оценка овариального резерва через маркер антимюллеров гормон способствуют совершенствованию прогнозирования, выявления и своевременному лечению данной патологии. Важным аспектом нашего исследования является решение проблемы диагностики и лечения эндометриозных кист яичников малых (до 3 см в диаметре) размеров, особенно в амбулаторных условиях и наступление беременности у планирующих женщин.

#### Литература:

1. Буланов, М.Н. Ультразвуковая гинекология: в 3-х т. / М.Н. Буланов. - М., 2010. - Т.1. - 259 с.
2. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1150 с.
3. Матвеева, Н.В. Влияние эндохирургического коагулирующего воздействия на овариальный резерв / Н.В. Матвеева, А.Э. Тер-Овакимян // Доктор.Ру. - 2013. - №1(79). - С. 18-20.
4. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / [Л.В. Адамян и др.] // Проблемы репродукции. - 2011. - №6. - С. 78-81.
5. Сидорова, И.С. Особенности терапии эндометриозных кист яичников / И.С. Сидорова, А.Л. Унзян // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2011.-Т.5, №1. - С. 29-32.
6. Тихомиров, А.Л. Эндометриоз - современные возможности фармакотерапии / А.Л. Тихомиров, И.Б. Манухин, М.А. Геворкян // Русский медицинский журнал. - 2013. - Т. 21, №23. - С. 1134-1136.
7. Влияние хирургического лечения эндометриоза яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мет-анализа // Проблемы женского здоровья. - 2012. - №3. - С. 10-15.
8. Краснопольский, В.И. Влияние хирургического лечения эндометриозных кист яичников на фолликулярный резерв при эндометриозе ассоциированном бесплодии / В.И. Краснопольский, С.Л. Горский // Российский вестник акушера-гинеколога. -2009.-Т.9,№5.-С.60-64.
9. Пересада, О.А. Эндометриоз - диагностические, клинические, онкологические и лечебные аспекты / О.А. Пересада // Медицинские новости. - 2009. - №14. - С. 14-25.
10. Burney, R.O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. - 2013. - Vol. 25. - P. 280-286.
11. Hormonal and Surgical Treatments for Endometriosis and Risk of Epithelial Ovarian Cancer / A.S. Melin [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2013. - Vol. 92. - P. 546-554.

12. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации для ведения больных / под ред. Л.В. Адамян. - М., 2013. - 65 с.
13. Эндометриоз: от трудностей диагностики к новым возможностям терапии / [В.Н. Прилепская и др.] // Гинекология. - 2012. - №4. - С. 4-8.
14. A dose-ranging study to determine the efficacy and safety of 1, 2 and 4 mg of dienogest daily for endometriosis / [G. Kobler et al.] // Int. Gynaecol. Obstet. - 2010. - Vol. 108. - P. 21-5.
15. Multi-center studies of the global impact of endometriosis and the predictive value associated symptoms / [K.E. Nnoaham et al.] // J. Endometriosis. - 2009. - Vol. 1, №1. - P. 36-45.

## **РОЛЬ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОГО (ИГХ) ИССЛЕДОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ**

**Акунова И.Т., Саматбекова Н.С.,** науч. руководитель – к.м.н., доцент **Лим Е.Ф.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра онкологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Акунова И.Т.** – студентка 5 курса лечебного факультета

В данной статье приведены результаты анализа историй болезней 87 пациенток с диагнозом «Рак тела матки», которые обратились в клинику «КафМедЦентрПлюс» с 2010 по 2014 года. Анализ результатов показал высокую эффективность применения ИГХ-исследования в лечении рака эндометрия, главным образом, в связи с получением возможности определения рецепторного аппарата и чувствительности опухоли к гормональной терапии. Положительный рецепторный статус опухоли обосновывает целесообразность включения в схему лечения больных с I патогенетическим вариантом гормонотерапии и избежать, в некоторых вариантах, лучевой и химиотерапии, и, наоборот, рецептор – отрицательный статус обязывает нас применять у больных II-го патогенетического варианта более агрессивные методы лечения, включающие хирургическую, лучевую и химиотерапии. Тем самым, улучшая результаты лечения данного заболевания.

### **Литература:**

1. Бочкарева Н.В., Кондакова И.В., Коломиец Л.А. и др. взаимосвязь апоптоза и неоангиогенеза с активностью ферментов метаболизма эстрогенов в опухолях эндометрия. // Российский онкологический журнал. 2008. №1 С. 18-23.
2. Захарцева Л.М., Воробьева Л.И., Манжура Е.П. Морфологические иммуногистохимические критерии прогноза при раке эндометрия. // Онкология. 2001. Т.3, 4. С. 252-256.
3. Ларионов А.А., Конверсия андростендиона в опухолевой и экстрагонадных тканях и ее связь с гормонально-метаболическими факторами у больных раком молочной железы : Автореф.дис... к.м.н. СПб., 1997. 25 с.
4. Пожарисский К.М., Самсонова Е.А., Тен В.П. Иммуногистохимический профиль эндометриоидной аденокарциномы тела матки: ER, PR, HER-2, Ki-67 и их прогностические значения. // Архив патологии. 2005. №2. С. 13-14.

## **ТРУДНОСТИ СОНОГРАФИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА И ДЕСМОИДА**

**Юсупова Д.В., Кадырова А.И., Абдуллаева А.А.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Бишкек, Кыргызстан

На сегодняшний день проблема диагностики и лечения экстрагенитального эндометриоза продолжает привлекать повышенное внимание врачей онкологической, гинекологической и ультразвуковой специальностей, в связи с тем, что ни одна из ныне существующих теорий этиопатогенеза не объясняет всех нюансов течения данного заболевания. Доля экстрагенитального эндометриоза составляет 6-8% от гинекологических заболеваний, от общей структуры заболеваемости 0,03%-1% (1). Клинические симптомы неспецифичны, но, практически всегда, присутствует цикличность, связанная с менструальным циклом пациенток. Данная статья указывает на актуальность диагностической настороженности врачей различных профилей - эндометриоз способен инфильтрировать окружающие ткани, метастазировать гематогенным и лимфогенным путями и способен к контактной имплан-

тации, при том, что сонографическая семиотика весьма разнообразна. При УЗИ чаще лоцируется солидный узел

разнородной эхоплотности и структуры с достаточно четкими неровными контурами; наличие интранодулярных сосудов (2). Такая ультразвуковая картина является неспецифичной для дифференцировки, к примеру, десмоидного узла. В дополнение к этому, определенную трудность создает непривычное в клинико-сонографической практике расположение узла – в толще послеоперационного рубца вследствие кесарева сечения (3). Мы приводим литературный обзор клинических случаев и собственные клинико-диагностические наблюдения женщин детородного возраста, у которых были диагностированы как эндометриоз послеоперационного рубца, так и десмоид.

Анализ литературы указывает, что данная проблема неуклонно возрастает, что обуславливает повышенное внимание врачей всех уровней оказания помощи к пациенткам, имеющих в анамнезе эндометриоз и операцию кесарева сечения. Вследствие этого возрастает роль дооперационной диагностической манипуляции – аспирационной биопсии под контролем УЗИ.

#### **Литература:**

1. *The ESHRE Guideline on Endometriosis 2008 3 Endometriosis. Atlanta (GA): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2008.*
2. *Katiuscia Menni, MD, Luca Facchetti, MD, and Paolo Cabassa, MD. Extragenital endometriosis: assessment with MR imaging. A pictorial review. Br J Radiol. April 2016; 89(1060): 20150672.*
3. *Сердюкова М.А., Александрова А.К. Эндометриоз послеоперационного рубца по материалам клиники // Журнал «Современные тенденции развития науки и технологии», №1-3, стр. 85-89. Белгород. – 2017.*

**МОНИТОРИНГ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА  
С ОСТРОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Ахметханова А.А., Урумбаева Р.Р., Борякин Ю.В.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

**Аннотация:** Проведено исследование 100 детей грудного и раннего возраста, жителей различных регионов Кыргызской Республики, получавших стационарное лечение в Национальном Центре охраны материнства и детства по поводу острой бронхолегочной патологии. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушения пищевого статуса, удельный вес которых нарастает с возрастом. Выявлены наиболее значимые ошибки в организации питания детей 0-6 месяцев, 6-12 месяцев, 1-2 лет. При сопоставлении групп часто и относительно редко болеющих детей установлен наибольший удельный вес ошибок в организации питания детей в первой группе.

**Ключевые слова:** дети, питание, вскармливание, физическое развитие, нарушения питания.

**КАТУУ КАРМАГАН ОИКО-БРОНХ ПАТОЛОГИЯСЫНАН ЖАБЫРКАГАН  
ЭМЧЕКТЕГИ ЖАНА НАРИСТЕ КУРАГЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН  
ТАМАКТАНУУСУН МОНИТОРИНГИ**

**Ахметханова А.А., Урумбаева Р.Р., Борякин Ю.В.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы

**Корутунду:** Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда, Кыргыз Республикасынын ар кайсы региондорунан келип катуу кармаган өпкө-бронх патологиясына байланыштуу стационардык дарылоодон өткөн, эмчектеги жана наристе курактагы 100 балага изилдөө жүргүзүлдү. Айкын болгондой, изилдөөгө алынган топтордун көпчүлүгүндө тамактык макамдын бузулгандыгы жана алардын саны жаш курагына жараша өсүшү байкалууда. 0-6 айлык, 6-12 айлык, 1-2 жашар балдардын тамактануусун уюштурууда олуттуу катачылыктар такталган. Көп ооруган жана аз ооруган балдардын топторун салыштырганда, биринчи топтогу балдардын тамактануусун уюштурууда көп каталар кетирилгендиги такталган.

**Негизги создор:** балдар, тамактануу, тамактандыруу, физикалык өрчүү, тамактануунун бузулушу.

**FOOD MONITORING OF THE BREAST AND EARLY AGE CHILDREN WITH  
THE ACUTE BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY**

**Ahmethanova A.A., Urumbaeva R.R., Boriakin J.V.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz state medical academy,  
Chair of hospital pediatrics with course of neonatology

**Summary:** Research of 100 breast and early age children, the inhabitants of the Kirghiz Republic various regions receiving hospitalization in The National Center of welfare of motherhood and childhood concerning acute bronchopulmonary pathology is carried out. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of the nutrition status disorders with relative density increase with the years. The most significant mistakes in the food organization of children of 0-6 months, 6-12 months, 1-2 years are revealed. By comparison of groups of often and rather seldom ill children the greatest relative density of mistakes in the food organization of children in the first group is established.

**Keywords:** children, food, feeding, physical development, food disorders.

Питание детей грудного и раннего возраста является основой для их здорового роста и развития. Тем не менее, нарушения нутритивного статуса у детей с каждым годом диагностируются все чаще и имеют тенденцию к увеличению [5]. По оценкам ВОЗ, недостаточность питания ежегодно приводит к 3,1 миллиона смерти детей, или к 45% всех случаев смерти детей [1]. В Кыргызской Республике остается высокой распространенность острых и хронических нарушений питания – в некоторых областях распространенность низкорослости среди детей до 5 лет достигает 22-27,3%, в то же время отмечаются и частые случаи избыточного веса как следствия чрезмерного употребления жирной и углеводистой пищи – 5-12,4% [3]. В 2002 году ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали Глобальную стра-

тегию по кормлению младенцев и детей младшего возраста, направленную на поддержку исключительно грудного вскармливания младенцев до 6-ти месяцев, предоставление безопасного и соответствующего прикорма детям старше 6-ти месяцев и сбалансированного питания для детей с одного года до двух лет и старше [2]. Основные положения данной стратегии внедрены в практическое здравоохранение Кыргызской Республики, включая консультирование и оказание поддержки по организации питания здорового ребенка и при различных заболеваниях.

**Цель работы.** Изучить нутритивный статус и особенности питания детей грудного и раннего возраста, госпитализированных по поводу острой бронхолегочной патологии, с определением погрешностей кормления и их коррекции.

#### **Материалы и методы исследования**

Исследование осуществлено на базе клинических отделений Национального Центра охраны материнства и детства путем опроса матерей больных детей по разработанной на основе рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ анкете по оценке питания детей раннего и грудного возраста.

Определение физического развития проводилось по таблицам стандартных отклонений (СО) по оценке уровня физического развития и состояния питания (приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №585 от 09.10.2015 г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения»). Развитие расценивалось как нормальное при соответствии всех трех индексов («Вес-возраст», «Вес-рост», «Рост-возраст») отклонениям в пределах  $-1СО$ –  $+2СО$ , острое нарушение питания определялось при отставании от нормативов показателей веса от роста, хроническое нарушение питания – при одновременном отставании от нормативов показателей веса и роста, в отдельную группу были вынесены дети с отставанием от нормативов показателей роста, в группу риска – с индексом «Вес-возраст» в пределах  $-1СО$  –  $-2СО$ , в группу детей с избыточным весом – с индексом «Вес-возраст» более  $+2СО$ .

Под наблюдением в находились 100 детей грудного и раннего возраста (69 детей первого года жизни, 31 ребенка второго года жизни), получавших лечение по поводу острой бронхолегочной патологии.

При всех случаях консультирования кормящим матерям даны рекомендации по коррекции выявленных нарушений питания.

#### **Результаты и обсуждение**

Под наблюдением находились дети из всех регионов Кыргызской Республики: Чуйской области (39 детей), Иссык-Кульской (22), Нарынской (15), Джалал-Абадской (9), Таласской (7), Ошской (5), Баткенской (3).

Большинство наблюдавшихся детей имели нормальную массу при рождении (76), малый вес (до 2500 г) отмечался у 11 детей, крупный (более 4000 г) у 13 детей.

Из отягощений акушерского анамнеза наиболее часто регистрировались анемия (45), вирусные инфекции (44), гестозы беременности (14). Без отягощений беременность протекала у 24 матерей.

Следует отметить высокий удельный вес часто болеющих детей (4 и более случаев ОРВИ в течение года) – 41 из 100 обследованных детей.

При оценке физического развития выявлены случаи как отставания по массе и росту, так и избыточной массы.

Таблица 1

Физическое развитие детей грудного и раннего возраста, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии

Физическое развитие	Возраст							
	0-6 месяцев		6-12 месяцев		1-2 года		0-2 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма	24	68,6	22	64,8	14	45,2	60	60,0
Острое нарушение питания	-	-	3	8,8	2	6,5	5	5,0
Хроническое нарушение питания	1	2,9	1	2,9	3	9,7	5	5,0
Отставание по росту	2	5,7	3	8,8	5	16,1	10	10,0
Группа риска	5	14,2	2	5,9	6	19,3	13	13,0
Избыточная масса	3	8,6	3	8,8	1	3,2	7	7,0
Всего	35	100,0	34	100,0	31	100,0	100	100

При оценке показателей физического развития отмечено, что большая часть обследованных детей (60%) может быть отнесена к группе нормального развития, но с возрастом число таких детей уменьшается (с 68,6% в группе детей первого полугодия жизни до 45,2% у детей второго года жизни). Число детей с острым и хроническим нарушениями питания с возрастом увеличивается (с 2,9% у детей первого полугодия жизни до 16,2% в группе детей второго года жизни). Следует отметить также и довольно высокий процент детей, имевших избыточную массу тела как следствие алиментарных нарушений. По литературным данным, более 20% детей на втором-третьем году имеют избыточную массу тела [4]. В наших исследованиях превышение индекса «Вес-возраст» более +2СО зарегистрировано в среднем у 7,0% обследованных детей, достигая наибольшей выраженности в группе детей второго полугодия жизни (8,8%).

При анкетировании кормящих матерей выявлены наиболее частые погрешности питания детей, отраженные в нижеприведенной таблице.

Таблица 2

Погрешности организации питания детей грудного и раннего возраста, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии

Погрешности организации питания	Возраст							
	0-6 месяцев		6-12 месяцев		1-2 года		0-2 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нарушение техники грудного вскармливания	14	40,0	11	32,3	9	29,0	34	34,0
Использование дополнительных жидкостей до возраста 6 месяцев	17	48,6	5	14,7	-	-	22	22,0
Использование бутылочек, пустышек	17	48,6	20	59,0	12	38,0	49	49,0
Раннее введение прикорма	5	14,3	6	17,6	3	9,6	14	14,0
Позднее введение прикорма	-	-	1	2,9	2	6,5	3	3,0
Использование цельного коровьего молока до возраста 12 месяцев	1	2,8	6	7,6	-	-	7	7,0
Использование кисломолочных продуктов до возраста 12 месяцев	-	-	6	17,6	-	-	6	6,0
Несоблюдение правил приготовления пищи	-	-	5	14,7	7	22,6	12	12,0
Однообразное питание	-	-	6	17,6	5	17,1	11	11,0
Качественный недокорм	1	2,8	10	29,4	11	35,5	22	22,0
Недостаток в рационе фруктов и овощей	-	-	2	5,9	3	9,6	5	5,0
Злоупотребление аллергизирующих продуктов кормящей матерью	-	-	3	8,8	4	13,0	7	7,0
Социальные отягощения	2	5,7	5,0	14,7	9	29,0	16	16,0
Всего	35	100,0	34	100,0	31	100,0	100	100

Как следует из результатов исследования, наиболее частой ошибкой вскармливания (в среднем 49,0% случаев) послужило использование бутылочек и пустышек, увеличивающих риск инфицирования детей грудного и раннего возраста, особенно в период 6-12 месяцев (59,0% случаев).

Второй по частоте погрешностью оказалось нарушение техники грудного вскармливания (редкие кормления, неправильное положение ребенка у груди матери, ошибки прикладывания к груди, отсутствие сцеживания после кормления), в среднем достигающее частоты 34,0% случаев с наибольшей выраженностью в возрастной группе первого полугодия жизни (40,0%).

Существенный вес имеют также использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев как фактор, способствующий гипогалактии матери (48,6% в данной возрастной группе), и качественный недокорм с использованием неадаптированных для данного возраста смесей и продуктов (29,4% среди детей второго полугодия жизни, 35,5% среди детей второго года жизни).

В наших наблюдениях выявлены нарушения правил введения прикорма – раннее (до возраста 6 месяцев) в 14,0% случаев, позднее (после возраста 6 месяцев) – в 3,0% случаев. Относительно часто встречается несоблюдение правил приготовления пищи – в среднем в 12,0% случаев (с ростом до 22,6% в группе детей второго года жизни).

В группах детей старше 6 месяцев имеет место такие погрешности, как однообразное питание (использование в качестве основного рациона маннх каш, мучных изделий) – 11,0% (с повышением до 17,6% в группе детей второго полугодия жизни), недостаточное потребление овощей и фруктов – 5,0% (с повышением в группе детей второго года жизни до 9,6%).

Обращает на себя внимание и погрешности, служащие аллергизации детей грудного и раннего возраста – использование цельного коровьего молока до возраста 12 месяцев (7,0% случаев), злоупотребление аллергизирующих продуктов кормящей матерью (7,0% случаев).

Имеют значение и неблагоприятные социальные факторы, влияющие на организацию детского питания (выезд на заработки, отсутствие надлежащего медицинского наблюдения, матери-одиночки), удельный вес которых в среднем достигает 16,0% (в группе детей второго года жизни этот показатель нарастает до 29,0%).

При анализе нарушений питания часто болеющих детей сравнительно с «условно нормальными» детьми, переносящими острые респираторные инфекции менее 4 раз в год (рисунок 1) выявлено, что практически во всех возрастных группах организационные нарушения питания с наибольшим удельным весом представлены именно среди часто болеющих детей. Наиболее разительные отличия определяются в возрастной группе первого полугодия жизни, где нарушения техники вскармливания выявлены у 80,0% часто болеющих детей сравнительно с «нормальными» детьми (24,0%), использование бутылочек и пустышек (70,0 и 40,0% соответственно), использование дополнительных жидкостей (70,0 и 40,0% соответственно), раннее введение прикорма (20,0 и 12,0% соответственно), неблагоприятные социальные факторы (20,0 и 4,0% соответственно).

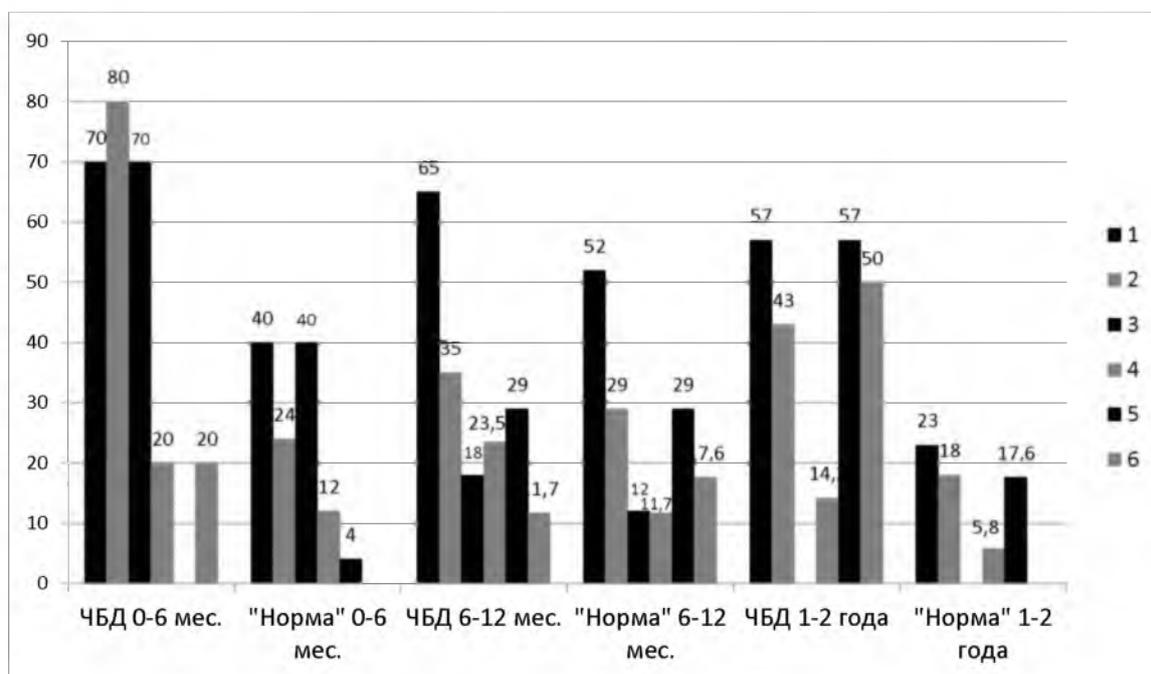


Рисунок 1. Погрешности организации питания часто болеющих детей грудного и раннего возраста сравнительно с «условно нормальными» детьми (%).

- 1 – Использование бутылочек, пустышек
- 2 – Нарушения техники грудного вскармливания
- 3 – Использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев
- 4 – Раннее введение прикорма
- 5 – Качественный недокорм
- 6 – Неблагоприятные социальные факторы

Данный факт позволяет отнести погрешности в организации питания детей грудного и раннего возраста к группе преморбидных отягощений и рассматривать их устранение как фактор профилактики детской инфекционной заболеваемости.

### **Выводы:**

1. Нутритивный статус детей с погрешностями в организации питания ухудшается с возрастом с увеличением числа случаев как с дефицитом веса и роста (с 2,9% у детей первого полугодия жизни до 16,2% в группе детей второго года жизни), так и числа случаев избыточной, массы достигая наибольшей выраженности в группе детей второго полугодия жизни (8,8%).
2. Наиболее частыми ошибками вскармливания (в среднем 49,0% случаев) служат использование бутылочек и пустышек (особенно в возрастном периоде 6-12 месяцев – 59,0% случаев), нарушение техники грудного вскармливания (с наибольшей выраженностью в возрастной группе первого полугодия жизни – 40,0%), использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев (48,6% в данной возрастной группе), качественный недокорм с использованием неадаптированных для данного возраста смесей и продуктов (до 29,4% среди детей второго полугодия жизни, 35,5% среди детей второго года жизни), неблагоприятные социальные факторы, влияющие на организацию детского питания (в группе детей второго года жизни этот показатель нарастает до 29,0%).
3. Во всех возрастных группах организационные нарушения питания с наибольшим удельным весом представлены среди часто болеющих детей, достигая наибольшего веса в возрастной группе первого полугодия жизни.
4. Погрешности в организации питания детей грудного и раннего возраста могут быть отнесены к группе преморбидных отягощений, их устранение может рассматриваться как фактор профилактики детской инфекционной заболеваемости.

### **Список литературы:**

1. Информационный бюллетень ВОЗ №342. – Январь 2016 г.
2. Питание детей раннего возраста. Интегрированный курс. Руководство для участников / К.А. Узакбаев, Т.Т. Мамырбаева, Г.Т. Нажимидинова, Ч.А. Иманалиева – Б.Б «Салам», 2008.
3. Питание детей раннего возраста. Мульти-индикаторный кластерный обзор (МИКО). – ЮНИСЕФ, 2006.
4. Мазур Л.И., Балашова Е.А. Роль питания и нутрициологии в развитии ребенка. Диагностика и коррекция нутритивных нарушений // *Premeditum Приволжье*, 2016. – №5 (145). – С. 28-32.
5. Скворцова В.А., Боровик Т.Э., Баканов М.И., Мигалин А.В., Степанова Т.Н., Басаргина Е.Н., Кузенкова Л.М. Нарушения питания у детей раннего возраста и их коррекция. *Вопросы современной педиатрии*. 2011. – Том 10. – №4. – С. 119-225.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**Кошукеева М.К., Жамилова Г., Болотбекова А.Ж.**

КГМА им. И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызстан

**Кошукеева Майрам Кошукеевна** – Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии,  
аспирант 2ой год

**Введение:** известные факторы риска ишемической болезни сердца - избыточная масса тела, пристрастие к курению, малая физическая активность начинают формироваться именно в детском и подростковом возрасте. Большинство этих факторов сопровождают человека всю жизнь и становятся значимыми при развитии болезни сердца в старшем возрасте.

**Цель:** изучить частоту, распространенность и структуру сердечно-сосудистой патологии у детей, находившихся на стационарном лечении в профильном отделении и выявить возможные связи с факторами риска развития болезней сердца у взрослых.

**Материал и методы:** проведен ретроспективный анализ 96 историй болезни детей, находившихся в кардиоревматологическом отделении Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 2016 год. Госпитализированные дети были разделены на 6 групп по возрасту: младенческий возраст (0-1 год), ранний возраст (1-3 года), период дошкольного детства (3-7 лет), младшего школьного (7-12 лет), среднего школьного (12-15 лет) и старшего школьного возраста (15-18 лет). Мальчиков было 40 (41,6%), девочек – 56 (58,3%).

Анализ клинического материала показал, что 40,6% детей были госпитализированы с диагнозом «врожденные пороки сердца», 28,1% детей – с диагнозом «острая ревматическая лихорадка» и «хронические ревматические болезни сердца». Патологии сердечно-сосудистой системы у больных были подтверждены данными инструментальных методов исследования (электрокардиография, эхокардиография).

Большинство детей были госпитализированы в холодный период времени года: январь - 14,6%, февраль – 15%. 86,4% госпитализированных детей имели полную семью, у 11,4% детей нет отца или матери, по 1% дети живут у родственников либо в детских домах.

В 69,7% случаев наследственность по отцу по заболеваниям сердца неизвестно, 27,1% – неотягощена. У 2% детей отец страдает ишемической болезнью сердца и у 1% – гипертонической болезнью. Средний возраст отцов составил  $36,3 \pm 3,5$  лет.

У 67,7% детей наследственность по матери также была неизвестной и у 31,2% неотягощена. 1% матерей этих детей имели артериальную гипертензию. Средний возраст матерей был  $40,3 \pm 4,2$  лет.

По данным проанализированного клинического материала сведений о социальных факторах риска развития болезней сердечно-сосудистой системы (образ жизни ребенка, характер питания, вредные привычки) выявить не удалось.

#### **Выводы:**

1. Анализ клинического материала показывает, что основные медико-социальные факторы риска по развитию патологий сердечно-сосудистой системы в историях болезни не отражаются.
2. У более 2/3 больных детей с заболеваниями сердца, фактор наследственности по заболеваниям сердца как по отцовской так и материнской линии остается не выясненными.
3. Учитывая высокую значимость факторов риска заболеваний сердца изучение возможных связей социальных факторов по развитию патологий сердечно-сосудистой системы у детей является актуальной проблемой.

### **АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РКИБ**

**Закирова Г.Ш., Мамбетова М.К., Буханцева О.С., Алмамбетова К.А., Равшанбек к. А.,  
Абдилатип к. А., Давузова Р.М., Арыкбаева Г.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра детских инфекционных болезней;

Республиканская клиническая инфекционная больница, Бишкек

**Резюме:** Проведен клинико-лабораторный анализ 52 историй умерших детей от инфекционных заболеваний, получавших лечение в РКИБ за период 2017 г. В структуре клинических диагнозов преобладали ОКИ и ОРВИ. В возрастной структуре умерших больных преобладали дети раннего возраста (90,3%). Каждый второй умерший ребенок поступил в поздние сроки болезни в ОРИТ, где находился на лечении в течение  $2,9 \pm 0,7$  дней. Анализ частоты и длительности неотложных синдромов у умерших детей показал, что ведущим и фатальным неотложным синдромом был ОГМ.

**Ключевые слова:** дети, неотложные состояния, отек головного мозга, ДВС-синдром, летальность.

### **THE ANALYSIS OF LETHAL OUTCOMES IN CHILDREN HOSPITALIZED IN THE REPUBLICAN CLINICAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL**

**Zakirova G.Sh., Mambetova M.K., Buhanceva O.S., Almambetova K.A., Ravshanbek k. A.,  
Abdilatif k A., Davuzova R.M., Arykbaeva G.K.**

Kyrgyz State Medical Academy I.K. Akhunbaeva

Department of children's infectious diseases;

Republican clinical hospital of infectious diseases, Bishkek

**Summary:** A clinical-laboratory analysis of 52 stories of deceased children from infectious diseases treated in the Republican Clinical Infectious Disease Hospital for the period of 2017 was conducted. In the structure of clinical diagnoses, acute intestinal infections acute respiratory infections and prevailed. The age structure of the deceased patients was dominated by young children (90,3%). Every second child entered the late period of illness in the intensive department, where he was on treatment for  $2.9 \pm 0.7$  days. Analysis of the frequency and duration of emergency syndromes in deceased children showed that the leading and fatal urgent syndrome was cerebral edema.

**Key words:** children, urgent conditions, cerebral edema, DVS-syndrome, lethality.

**РЕСПУБЛИКАЛЫК ЖУГУШТУУ ООРУЛАР КЛИНИКАЛЫК БЕЙТАПКАНАСЫНА  
ЖАТКЫРЫЛГАН БАЛДАРДЫН ОЛҮМҮНҮН СЕБЕПТЕРИН ТАЛДОО**

**Закирова Г.Ш., Мамбетова М.К., Буханцева О.С., Алмамбетова К.А., Равшанбек к. А.,  
Абдилатип к. А., Давузова Р.М., Арыкбаева К.Ж.**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын  
балдардын жугуштуу оорулары кафедрасы;**

**Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык ооруканасы, Бишкек ш.**

**Корутунду:** Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык ооруканасында 2017 жылы дарыланган 52 бейтаптын өлүмгө дуушар болгон тарых баянына клиникалык-лабораториялык изилдөө жүргүзүлгөн. Клиникалык диагноздун түзүмүндө көбүнчө жугуштуу ичеги карын оорулары жана курч кармаган жугуштуу вирус чакырган дем алуу органдарын оорулары болгон. Каза болгон бейтаптардын арасында ымыркай балдар көбүрөөк кездешкен (90,3%). Жандандыруу бөлүмүнө түшкөн ар бир экинчи каза болгон бала кеч кайрылган, алар  $2,9 \pm 0,7$  күн дарыланышкан. Кечиктирилгис синдромдордун узактыгы жана кездешүүсү каза болгон балдардын эц негизги кечиктирилген синдром мээнин шишүүсү болгон.

**Негизги создор:** балдар, кечиктирилгис абал, мээнин шишүүсү, ДВС-синдрому.

**Введение:**

Инфекционные болезни являются ведущей причиной возникновения неотложных состояний у детей, требующих госпитализации в реанимационные отделения, в этиологической структуре которых доминируют как вирусы, так и бактерии, вирулентность которых определяет развитие тяжелых форм болезни и осложнений, в том числе неотложных состояний [1,2,4]. Немаловажную роль при этом играют внутрибольничные инфекции.

В возрастной структуре детей больных инфекционными заболеваниями, при которых развиваются неотложные состояния, преобладают (60,0%) дети раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном [3]. Частыми неотложными синдромами при инфекционных заболеваниях у детей раннего возраста являются обструкция верхних и нижних дыхательных путей, ДВС-синдром, токсическое поражение почек и др. Наиболее опасным осложнением, приводящий к фатальным нарушениям функций организма и его гибели, является отек головного мозга (ОГМ). Что способствует нарушению ауторегуляции мозгового кровообращения, гипоксии и ишемии клеток, тяжелым метаболическим нарушениям, проницаемости гематоэнцефалического барьера и неблагоприятному исходу болезни [5].

**Целью** данного исследования явилось изучение причин развития неотложных синдромов и летального исхода у детей, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии с различными инфекционными заболеваниями.

**Материалы и методы исследования.**

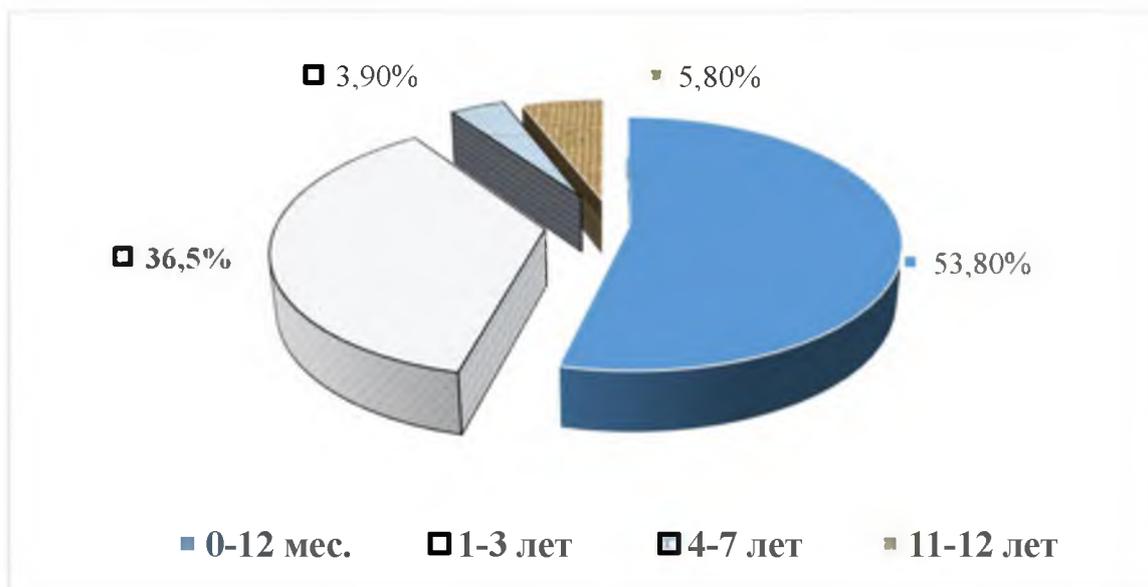
Нами проведен анализ 52 историй болезни детей, умерших в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2017 г.

Критериями включения были: умершие дети в возрасте от 0 мес. до 12 лет, получавшие лечение в ОРИТ с диагнозами ОКИ, ОРВИ, ОБМ, ОВГ.

Применялись общеклинические, биохимические, бактериологические, ИФА и инструментальные (рентген, УЗИ, КТ головного мозга) методы исследования. Патологоанатомическое исследование умерших детей проведено лишь в 2-х случаях, в связи с отказом (96,1%) родителей от вскрытия по религиозным убеждениям. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS.

**Результаты и обсуждение**

Возрастной состав умерших больных был представлен следующим образом: дети до года – 28 (53,8%), 1-3-х лет – 19 (36,5%), 4-7 лет – 2 (3,9%), 11-12 лет – 3 (5,8%) (Рис. 1). Преобладали мальчики (57,7%), по сравнению с девочками (42,3%).



**Рис. 1. Возрастная структура умерших детей.**

В основном умершие дети были жителями Чуйской области (75,0%), из них городские составили – 34,6%. Остальные (25,0%) умерших детей были из других регионов республики. Из малообеспеченных семей были 32,7%, где родители не имели постоянного места работы.

Другими стационарами города (ГДКБСМП №3, НЦОМИД) были перенаправлены в инфекционный стационар – 40,3% больных детей, самостоятельно обратились – 32,8%, доставлены врачами «скорой помощи» – 15,4%, из ЦСМ - 11,5%. Это свидетельствует о том, что родители одинаково часто обращались за медицинской помощью в ближайшие детские больницы, в том числе РКИБ из-за тяжести состояния ребенка. Так, каждый второй умерший ребенок в поздние сроки болезни (на 3 день и позже), в крайне тяжелом и угрожаемом состоянии, обратился в РКИБ, где был сразу госпитализирован в отделение реанимации, минуя приемное отделение. Уже при поступлении в стационар 80,8% детей имели неотложные состояния, где у каждого второго диагностировали развитие ОГМ, пневмонию с ДН. Развитие ДВС-синдрома в 38,4% случаях, полиорганная недостаточность – 17,3%, шок септический/ИТШ – 9,6%, тяжелое обезвоживание – 7,7%, отечно-асцитический синдром – 1,9% и поступил в состоянии клинической смерти – 1,9%. Досуточно умерли в 46,1% случаев. В профильное отделение были госпитализированы 48,0% детей, которые в последующем переведены в РИТ, по тяжести состояния. Таким образом, поздняя обращаемость и госпитализация, недооценка тяжести состояния заболевших детей в ЦСМ способствовали развитию осложнений и неотложных состояний уже на догоспитальном этапе.

Отягощенный акушерский анамнез (гестоз беременности, угроза выкидыша, анемия у матери, перенесенные ОРИ, нефропатия) выявлен в 36,5% случаев, осложненные роды (асфиксия) – в 44,2%. Положительный гнойно-септический анамнез был выявлен в 15,3% случаев.

У большинства (82,7%) умерших детей, выявлен отягощенный преморбидный фон: анемия у 56,0% детей, ГИЭ/ВЧГ – 50,0%, ВПС – 25,0%, нарушение питания – 17,3%, синдром Дауна – 9,6%, недоношенность – 9,6%, ВУИ (ЦМВИ) – 5,8%, детский церебральный паралич (ДЦП) – 3,8%, ЭКД – 3,8%, различные пороки развития 11,4% (врожденная деформация грудной клетки, гипоплазия зрительных нервов, спина бифида). (Рис. 2). Необходимо отметить, что отягощенный акушерский анамнез, и сопутствующая фоновая патология оказывали негативное влияние на течение и исход болезни.

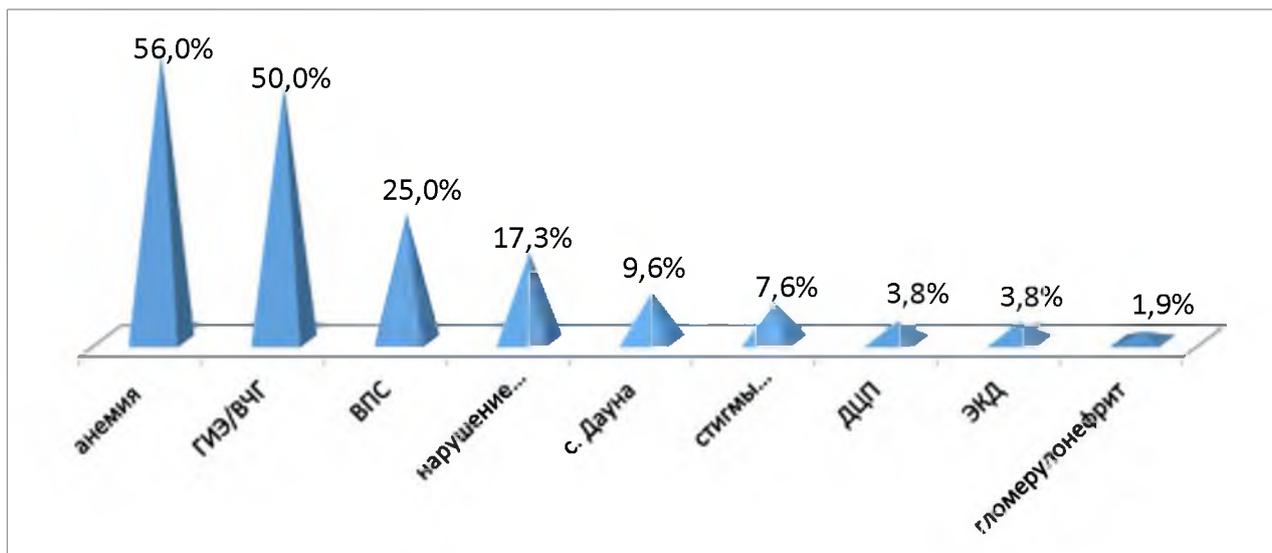


Рис. 2. Структура сопутствующих диагнозов.

Из перенесенных заболеваний регистрировались ОРВИ (53,8%) и ОКИ (17,3%). Каждый второй (48,1%) умерший ребенок не был привит по календарю по медицинским показаниям (состоял на учете у невролога, кардиолога). Вид вскармливания на исход заболевания не влиял, так среди умерших – 42,3% детей получали грудное, 30,8% – смешанное, и лишь 26,9% были на искусственном вскармливании.

При формулировке диагноза врачами приемного отделения РКИБ чаще регистрировались ОКИ у 32,7% больных и ОРВИ с обструктивным синдромом, пневмонией – у 27,0% детей. Микст-инфекция (ОРВИ и ОКИ) у 19,2% детей, ОБМ – 5,7%, энтеровирусная инфекция – 5,7%, вирусный гепатит – 1,9%, геморрагический васкулит+ветряная оспа – 1,9%. Эти данные свидетельствуют о преобладании ОКИ и ОРВИ.

Анализ спектра клинических диагнозов, с которым дети находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, также свидетельствовал о преобладании ОКИ (32,7%), ОРВИ (23,0%) и микст (ОКИ+ОРВИ) инфекция (25,0%), (рис. 3). Диагноз острый бактериальный менингит был установлен у 5,8% умерших детей, вирусный гепатит – 1,9%, ВИЧ инфекция IV клиническая стадия – 1,9%. Умершие от неинфекционной патологии составили 5,7% (сепсис, острое нарушение мозгового кровообращения, острый тромбоз бедренных сосудов, геморрагический васкулит), что требует дифференцированной диагностики неотложных состояний при госпитализации в инфекционный стационар.

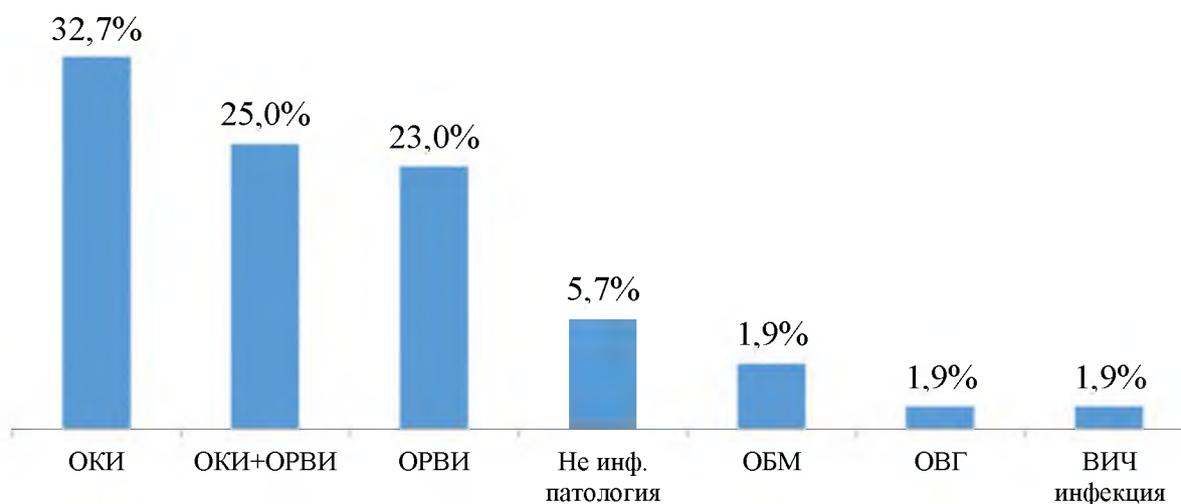


Рис. 3. Структура клинических диагнозов умерших больных.

У всех умерших детей в ОРИТ было острое начало болезни, с повышения температуры тела до высоких ( $38,8 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$ ) цифр и выраженные симптомы интоксикации, и неотложные синдромы. Так как в структуре клинических диагнозов у умерших детей преобладали диагнозы ОКИ, ОРВИ и микст (ОКИ+ОРВИ) инфекция, сделан детальный анализ частоты неотложных синдромов (табл 1).

У всех умерших детей, было острое начало болезни, с повышения температуры тела до высоких ( $38,8 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$ ) цифр и выраженные симптомы интоксикации. У каждого второго умершего ребенка пневмония не была подтверждена рентгенологическим методом исследования из-за досуточной летальности.

По данным табл. 1 у больных с ОКИ достоверно ( $P_{1-2} < 0,05$ ) чаще наблюдались рвота, что вероятно обусловлено диспепсическими проявлениями этой инфекции, ИТШ. У умерших с ОКИ и микст (ОКИ+ОРВИ) инфекции ДВС - синдром был достоверно ( $P_{1-2, 1-3} < 0,05$ ) чаще ( $41,7 \pm 6,3$ ;  $70,6 \pm 9,4$ ;  $71,4 \pm 7,9$ ). Судорожный синдром ( $58,3 \pm 9,4$ ;  $52,9 \pm 7,3$ ;  $28,6 \pm 3,6$ ) и ОПП ( $33,3 \pm 9,1$ ;  $64,7 \pm 11,3$ ;  $14,3 \pm 0,9$ ) также достоверно ( $P_{1-3, 2-3} < 0,05$ ) и чаще развивались больных ОРВИ и ОКИ.

Таблица 1

Частота неотложных синдромов у умерших в сравниваемых группах, %

Клинические признаки и синдромы	ОРВИ (n=12)	ОКИ (n=17)	ОРВИ+ОКИ (n=13)	P
Рвота	$41,7 \pm 9,1$	$76,5 \pm 11,3^*$	$57,1 \pm 9,6$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Судороги	$58,3 \pm 9,4^*$	$52,9 \pm 7,3^*$	$28,6 \pm 3,6$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$
ОГМ	$91,7 \pm 9,2$	$94,1 \pm 9,2$	$94,7 \pm 7,6$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Пневмония с ДН	$91,7 \pm 7,9$	$88,2 \pm 6,7$	$71,4 \pm 8,4$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
ДВС синдром	$41,7 \pm 6,3$	$70,6 \pm 9,4^*$	$71,4 \pm 7,9^*$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$
ОПП	$33,3 \pm 9,1^*$	$64,7 \pm 11,3^*$	$14,3 \pm 0,9$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$
ИТШ	$16,7 \pm 0,4$	$35,3 \pm 0,9^*$	$14,3 \pm 0,3$	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Пребывание на ИВЛ	$100,0 \pm 0,7$	$88,2 \pm 12,3$	$85,7 \pm 9,2$	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$

Длительность следующих неотложных синдромов: ОГМ ( $3,2 \pm 1,0$ ;  $4,5 \pm 1,5$ ;  $4,4 \pm 1,1$  дней), ДВС синдрома ( $3,3 \pm 1,0$ ;  $2,1 \pm 0,4$ ;  $2,1 \pm 0,7$  дней), ОПП ( $4,1 \pm 1,0$ ;  $3,3 \pm 1,0$ ;  $4,4 \pm 1,1$  дней) не имела достоверных различий в сравниваемых группах умерших детей. Тогда как длительность лихорадки была достоверна ( $P < 0,05$ ) короче, чем умерших с ОРВИ ( $2,6 \pm 0,8$ ;  $5,1 \pm 0,9$ ;  $4,3 \pm 1,1$  дней) и длительность пребывания в ОРИТ – была дольше у больных с микст инфекцией ( $3,26 \pm 1,2$ ;  $4,8 \pm 1,3$ ;  $7,4 \pm 1,4$  дней).

Выявлена положительная корреляционная связь между показателем гемоглобина крови и возрастом ребенка: чем младше был ребенок, тем выше досуточная летальность ( $r=0,3$ ), между показателями лейкоцитов крови и сроками поступления: чем позже были сроки госпитализации, тем высокие показатели лейкоцитов ( $r=0,3$ ).

Таким образом, частота и длительность осложнений и неотложных состояний (пневмония с ДН, ДВС, ОПП) у умерших больных способствовали развитию ОГМ и неблагоприятному исходу болезни.



Исследование периферической картины крови показало наличие анемии НВ ( $104,9 \pm 21,4$  г/л) уже при поступлении в инфекционный стационар с последующим снижением его уровня в динамике ( $57,3 \pm 17,4$  г/л), количество эритроцитов соответственно от  $3,2 \pm 0,9$  до  $1,7 \pm 0,5 \times 10^{12}$ , что косвенно свидетельствовало о развитии ДВС-синдрома. Высокие показатели прокальцитонина от 1,5 до 25,0 ммоль/л, указывает на микробную этиологию инфекционного агента. Изменения со стороны лейкоцитарной формулы были у 63,5% при поступлении несмотря на достаточную антибактериальную терапию ( $4,6 \pm 0,5 \times 10^9$  до  $16,3 \pm 0,5 \times 10^9$ ), что связано с внутрибольничным инфицированием, так как дети длительно находились на ИВЛ ( $3,8 \pm 1,1$  дней).

Биохимические исследования крови выявило низкий уровень средних показателей общего белка ( $59,3 \pm 9,4$  г/л), протромбинового индекса ( $77,4 \pm 16,7\%$ ), фибриногена ( $151 \pm 42,7$  г/л), что свидетельствует о развитии ситуационного ДВС-синдрома. Повышение показателей уровня мочевины в крови отмечено у 21,5% ( $9,1 \pm 0,3$  ммоль/л), остаточного азота – у 42,3% ( $27,1 \pm 2,3$  ммоль/л) и креатинина – у 36,5% (до 323 мкмол/л) умерших больных, что свидетельствует о глубоких обменных нарушениях, остро повреждении почек с неблагоприятным исходом.

Положительный результат бактериологического исследования кала был лишь в 6,7% случаях, что свидетельствует о низкой этиологической расшифровке ОКИ, что обусловлено недостаточной оснащённостью бактериологической лаборатории средами, отсутствием методов экспресс-диагностики ОКИ.

Ультразвуковое исследование головного мозга, внутренних органов проведено у 38,5% больным, где были обнаружены признаки внутричерепной гипертензии, гидроцефалии, ВУИ и токсические изменения почек. Всем больным проводили антибактериальное ( $5,2 \pm 0,9$  дней), дезинтоксикационное, симптоматическое лечение. Спектр назначаемых антибиотиков был разнообразным: цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды, карбонепемы, противомикробные препараты последнего поколения. Монотерапию получили 42,3%, комбинированную – 34,6%, последовательную смену – 19,2%, не получали – 3,8% из-за кратковременного пребывания в ОРИТ (до 20 мин). Средняя продолжительность пребывания умерших детей в отделении РИТ инфекционного стационара составила  $5,5 \pm 1,3$  койко-дней.

#### **Выводы:**

1. В структуре клинических диагнозов у 80,7% умерших детей преобладали ОКИ, ОРВИ и микст-инфекция (ОКИ+ОРВИ).
2. Возрастная структура умерших детей представлена детьми раннего возраста (90,3%), у которых преморбидный фон был отягощен (82,7%).
3. Поздние сроки госпитализации (60,0%), частота развития осложнений и неотложных состояний (80,8%) уже на догоспитальном этапе, способствовали развитию ОГМ и неблагоприятному исходу болезни.

#### **Литература:**

1. Джолбунова З.К. Неотложные синдромы у детей с ОКИ // *Биомедицина*. – 2012. – №3. – с. 30-33.
2. Мельникова Н.И., Острейков И.Ф., Строгонов И.А. Причины летальности и тяжести состояния новорожденных детей с пороками развития // *Анестезиология и реаниматология*. – 2014. – №5. – с. 70-73
3. Молочный В.П., Рязанина М.Д. Неотложные состояния у детей: Справочник. - 2010. - С. 115.
4. Stefanie G.; Workman, Jennifer K. *Journal of the pediatric infectious diseases*. – J. 2017. – 6 (1): 80-86.

## **ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ**

**Кадырова А.Ш.<sup>1</sup>, Кушубеков Д.К.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызстан.  
(к.м.н., доцент кафедры педиатрии КРСУ,

заведующая отделением неотложной неврологии ГДКБСМП)

<sup>2</sup> Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан.

**Резюме:** В работе представлены клинические данные детей с черепно-мозговыми травмами при синдроме жесткого обращения (возрастной состав, жалобы, клинические проявления, результаты функциональных методов обследования).

**Ключевые слова:** дети, черепно-мозговые травмы, синдром жесткого обращения, ЧМТ, СЖО.

## КАТААЛ МАМИЛЕ ЖАСООНУН КЕСЕПЕТИНЕН БАЛДАРДЫН БАШ СӨӨК-МЭЭСИНИН ЖАБЫРКАШЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

А.Ш. Кадырөва<sup>1</sup>, Д.К. Кушубекөв<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия славян университети, Бишкек ш., Кыргызстан  
(м.и.к., КРСУнун педиатрия кафедрасынын доценти,

ГДКБСМПнын кечиктирилгис неврология бөлүмүнүн башчысы)

<sup>2</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы, Бишкек ш., Кыргызстан.

**Резюме:** Эмгекте катаал мамиле жасоонун кесепетинен балдардын баш сөөк-мээсинин жабыркашынын өзгөчөлүктөрү (курактык курамы, даттануусу, клиникалык көрүнүшү, текшерүүнүн функционалдык усулдарынын натыйжалары) баяндалды.

**Негизги сөздөр:** балдар, баш сөөк-мээнин жабырканышы, катаал мамиле жасоонун кесепети, ЧМТ, СЖО.

## PECULIARITIES OF THE CHILDREN CRANIOCEREBRAL TRAUMA AT A CHILD ABUSE SYNDROME

Kadyrov A.Sh.<sup>1</sup>, Kushubekov D.K.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kyrgyz- Russian Slavic University named after B.N. Eltzin, Bishkek city, Kyrgyzstan  
(candidate of medical sciences, Docent of Pediatrics Department of KRSU,

Head of the Emergency neurology division of KRSU)

<sup>2</sup> Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev, Bishkek city, Kyrgyzstan

**Resume:** The clinical data of children with craniocerebral trauma at a child abuse syndrome (age structure, complaints, clinical manifestations, results of functional examination methods) are presented in the article

**Key words:** children, craniocerebral trauma (CCT), child abuse syndrome (CAS).

### Введение.

Актуальность детской травмы, в современных условиях, обуславливаются как анатомо-физиологическими параметрами так и рядом социальных факторов. Особое место в структуре черепно-мозговых травм (ЧМТ) занимают случаи ЧМТ, полученных в результате «синдрома жестокого обращения» (СЖО) с ребенком. В большинстве случаев, родителями или родственниками скрываются факты из-за страха перед общественной или уголовной ответственности за нанесение телесных повреждений.

Возникновение ЧМТ без непосредственного воздействия на область головы у детей является одной из причин игнорирования медицинской помощи взрослыми. В таких ситуациях повреждения головного мозга развиваются вследствие воздействия на тело ребенка внезапного ускорения и/или торможения, т.н. синдром «shaken baby» или синдром «встряхнутого ребенка».

Особую трудность в диагностике ЧМТ у детей до 1 года представляет такой факт, как отсутствие осознанного вербального контакта. Кроме того, повышенная двигательная активность, отсутствие совершенной координации, незрелого инстинкта самосохранения увеличивают вероятность травматизации центральной нервной системы (ЦНС).

По современным представлениям, легкая ЧМТ у детей – сотрясение головного мозга, на сегодня, не является чисто функциональным и обратимым явлением. У детей, в ряде случаев, легкая ЧМТ рассматривается как фактор риска развития острого нарушения мозгового кровообращения в детском возрасте или причиной развития эпилепсии. Трудности диагностики детской ЧМТ, представляют так же дети, которые уже имеют те или иные неврологические нарушения, вследствие перенесенных перинатальных факторов риска. В случаях с более старшими детьми, получивших травму головы, могут возникнуть проблемы в уточнении причин возникновения клинических симптомов ЧМТ. Проявления атравматичных заболеваний мозга, таких как, врожденные арахноидальные кисты, артериовенозные мальформации, опухоли и аневризмы сосудов головного мозга и др., ошибочно коррелируются с полученной механической травмой. В таких примерах травма является лишь провоцирующим, пусковым моментом срыва компенсации и развития истинных или первичных заболеваний головного мозга.

Особая проблема клинической нейротравматологии состоит в полном отсутствии каких-либо принципиальных отличий детской и взрослой травмы головного мозга. Методы диагностики, лечения детской травматической болезни экстраполированы от взрослого контингента. Диагностика ЧМТ у детей на догоспитальном этапе усложнена тем, что их высокие компенсаторные возможности нивелируют начальные симптомы ЧМТ, характерные для взрослых. При этом диагноз верифицируется только лишь рентгенологическими или нейровизуализационными данными.

Все выше перечисленные проблемы обусловили необходимость настоящих исследований.

#### Материалы и методы исследования.

Объектом исследования явились 153 истории болезни детей от 1 года до 16 лет, поступивших на стационарное лечение в отделение нейротравматологии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек (ГДКБСМП) за период 2015-2016 гг. с диагнозом ЧМТ при СЖО, из которых 64,7% составили мальчики и 35,3% – девочки. Методами исследования явились: клинические данные (жалобы, объективный осмотр, неврологический статус), рентгенограмма костей черепа, магнитно-резонансная томография (МРТ), нейросонография (НСГ), электроэнцефалография, эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), осмотр глазного дна.

#### Результаты и обсуждение.

Анализ историй болезни больных детей с ЧМТ показывает (рис. 1), детей в возрасте от 1 года до 6 лет, подвергшихся жестокому обращению, составляет 7,8% из числа обследованных.

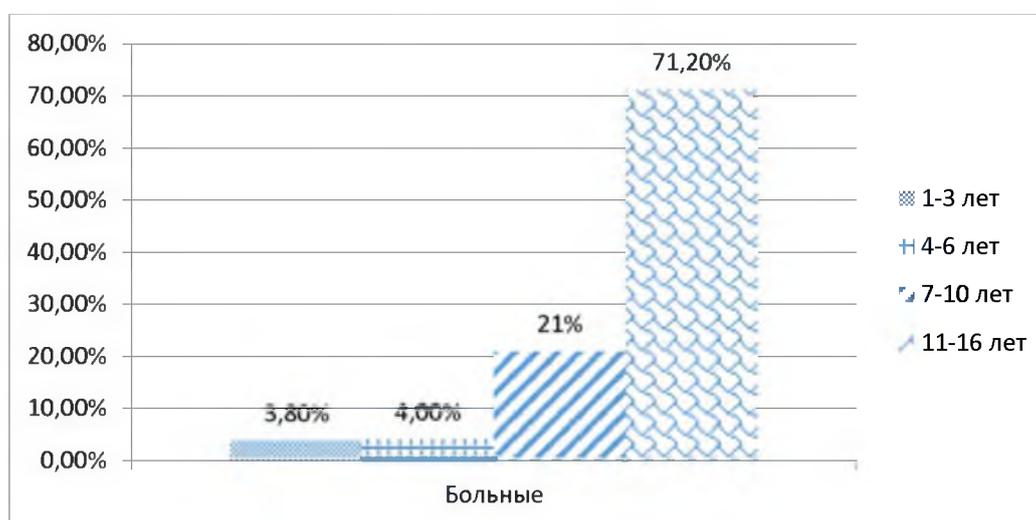


Рис. 1. Возрастной состав детей с ЧМТ при СЖО.

Тогда как число детей в возрасте 7-16 лет составляет 92,2%, что связано с повышенной социализацией детей данного возраста, их поведенческой активностью пубертатным периодом.

Данные обстоятельств полученной травмы у детей показали, что детей 80 (52,3%) подверглись избиению со стороны взрослых: 28 (35%) детей подверглись насилию со стороны соседей; 18 детей (11,7%) избиты родственниками, из них в 13 случаях отцом; 73 ребенка (47,7%) пострадали в результате избиения другими детьми.

Первые симптомы, насторожившие родителей в отношении здоровья ребенка, появились на первые сутки у 74,5% детей. Из них 6 больных (4%) находились в тяжелом состоянии и были госпитализированы в отделение реанимации. 17% детей обратились на следующий день. 8,4% детей обратились позже 3х дней.

В отделении нейротравматологии состояние детей было оценено по шкале ком Глазго у 81% детей.

Известно, что самой частой причиной обращения, особенно у взрослого человека с ЧМТ является потеря сознания и рвота [5,6]. Дети младшей группы, в силу возраста не могут адекватно сформулировать свои жалобы и не указывают на факт потери или нарушения сознания. В наших наблюдениях, случаи нарушения сознания был активно выявлены лишь в 3,9% наблюдений (рис. 2).

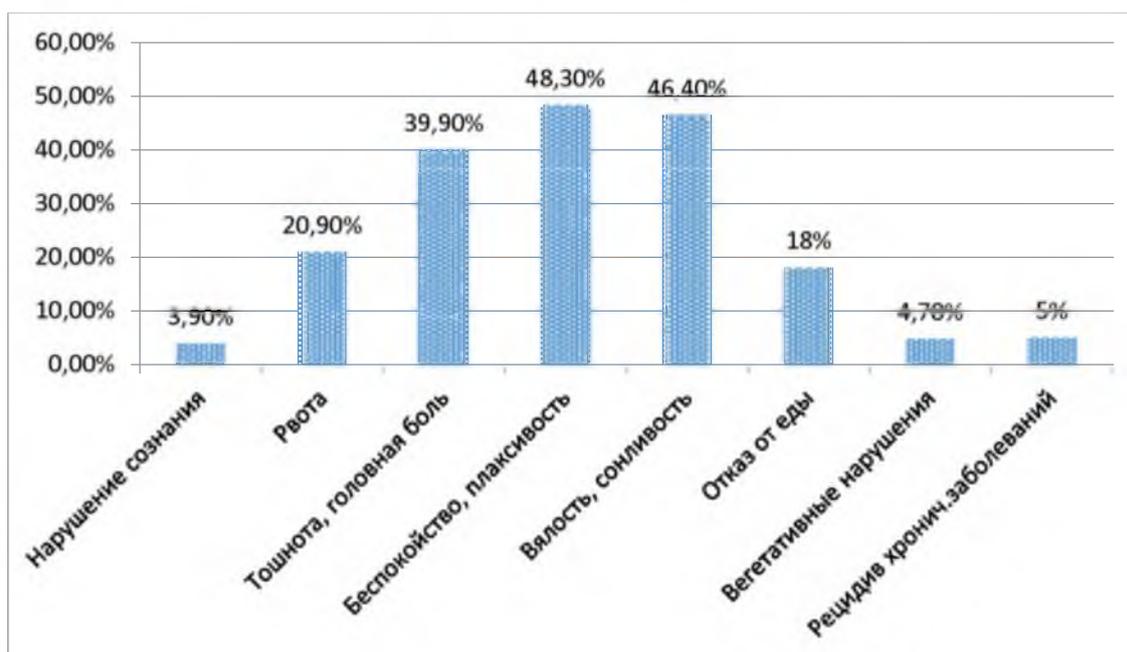


Рис. 2. Жалобы при поступлении.

Указание на рвоту встречалось в 20,9% случаев. О тошноте и головной боли сообщали 39,9% детей. Кроме того, со слов сопровождающих взрослых, активно предъявлялись жалобы на то, что ребенок сильно плакал или беспокоился после травмы, 48,3%. Жалобы на повышенную сонливость, вялость у ребенка, отказ от подвижных игр отмечены у 46,4% детей.

Отказ от еды встречался у 11,7% детей. Вегетативные проявления, в виде посинения, побледнения лица или обмякания, встречались редко – в 4,7% случаев. Жалобы на обострение или возникновение заикания, недержания мочи, обострение припадков у детей с эпилепсией встречался также, довольно, редко, 5% детей.

Подтверждение диагноза проводилась следующими методами. 83,6% случаях проводился осмотр невролога; 16,4% узким специалистом не осматривались. Осмотр окулиста проводился в 79,9% случаев. ЛОР врачом осмотрены были 15,6% больных. Рентгенограмма костей черепа проводилась детям в 58,1% случаев. НСГ проведена в 5,2% наблюдений. ЭхоЭГ проведена в 78,4% случаев. ЭЭГ проведена 1,3% больным. МРТ обследование – 8,4%. Это говорит о том, что часть детей с ЧМТ при СЖО не получают полного обследования. И это, в большинстве, случаев связано с ограниченностью ресурсов данного стационара.

Оценка динамики объективных, неврологических симптомов затруднительна, ввиду их неспецифичности для младшей категории больных. В основном симптоматика неврологических дисфункций проявлялась угнетением либо оживлением сухожильных рефлексов, 20,9% и 58,8% соответственно. Горизонтальный нистагм встречался в основном у детей старшего возраста в 78% случаев. Растормаживание oro-спинальных рефлексов отмечалось в 87,6% наблюдений. У детей с ушибами головного мозга отслеживалась четкая очаговая симптоматика в виде контрлатеральных парезов, в виде утери ранее приобретенных навыков, 4% больных. Развитие судорожных синдромов встречалось в 2% случаев.

Из представленных данных можно говорить о том, что работа специалистов должна быть доказательна с использованием современных технологий клинической диагностики. Характер жалоб у детей с ЧМТ при СЖО, в большинстве случаев носит неспецифический характер, что не позволяет с большей достоверностью у детей с синдромом жесткого обращения своевременно диагностировать ЧМТ. Освоение относительно новой техники НСГ, такой как трансемпоральная нейросонография должна рассматриваться в качестве перспективы. Всем детям важно проводить краниографию, независимо от тяжести состояния и возраста ребенка. Исследование функциональной активности коры головного мозга методом ЭЭГ, должно оцениваться в динамическом процессе. [1,2,3,4].

Необходимо внедрение современной «педиатрической модели» оказания медицинской помощи пострадавшим с ЧМТ, с использованием скрининг-метода нейровизуализации у детей с открытым большим родничком и использованием педиатрической шкалы ком Глазго на этапе госпитализации и на этапе дальнейшего пребывания в стационаре. При подозрении на ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести, а также при оценке уровня сознания по ШКГ менее 12 баллов, необходимо применение МРТ или КТ-исследования, для более точной диагностики характера травмы. [5,6]

#### **Вывод.**

Комплексный подход к оценке состояния больного с ЧМТ при СЖО с использованием «педиатрической» модели медицинской помощи при ЧМТ, будет способствовать совершенствованию ранней диагностики и дифференциальной оценке тяжести травмы в детском возрасте, а значит, позволит своевременно и оптимально подобрать необходимую тактику ведения больного.

#### **Литература:**

1. Канавец С.П., Егоров А.Ю., Усанов Е.И. Качество жизни детей, перенесших черепно-мозговую травму со сдавлением мозга эпидуральной гематомой // *Нейрохирургия*. – 2005. – №1. – С. 26-31.
2. Манжос П.И., Бычков В.А. Черепно-мозговая травма у детей: учебное пособие для студентов медицинского факультета специальности «Лечебное дело». – М., 2008.
3. Мидленко А.И. Региональная модель оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой: автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – СПб., 2005. – 42 с.
4. Усанов Е.И., Кириченко К.Н., Абульханова А.Р. Поздняя эпидуральная гематома у детей // *Мат-лы Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения»*. – СПб., 2010. – С. 318.
5. Усанов Е.И., Цыбизов А.И., Коришунов Н.Б., Кириченко К.Н. Прогностические критерии исходов черепно-мозговой травмы у детей // *Российский нейрохирургический журнал им. Проф. Поленова*. – 2011. – Т. III. №3. – С. 54-60.
6. Усанов Е.И., Яковенко И.В., Кириченко К.Н., Копылов В.В. Закрытая черепно-мозговая травма у детей. Клиническая картина, диагностика и лечение. СПб. СЗГМУ имени И.И. Мечникова. – 2015 – №124.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛАКТИАЛЕ МАЛЫШ» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ**

**Сулайманов У., Беделбаев М., Ерушкевич Д.С., Карамурзаева Г.А., Жообаев Н., Кадырова Р.М.**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра детских инфекционных болезней  
Республиканская клиническая инфекционная больница

**Резюме:** В работе проведено сравнительное клиническое исследование препарата Лактиале (саше). Наблюдали две группы больных общим количеством 60 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с секреторной диареей средней тяжести, получавших стационарное лечение в кишечном отделении Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Из них 30 пациентов, получавшие «Лактиале малыш», составили основную группу, а остальные 30 пациентов, не получавшие этот препарат были в контрольной группе.

Анализ частоты и длительности основных клинических признаков у наблюдаемых больных в сравниваемых группах показала, что частая рвота – (36,4±12,4%; 80,8±8,5%), длительность температуры тела (1,8±0,5; 4,0±1,0 дней), стула (2,1±0,5; 3,9±0,8 дней), сроки пребывания в стационаре (2,1±0,5; 3,9±0,8 дней), дольше были у больных контрольной группы.

**Ключевые слова:** дети, острые кишечные инфекции, гастроэнтерит, энтерит, лечение «Лактиале».

### **БАЛДАРДЫН СУУ АРАЛАШ ИЧ ӨТКӨГҮНДӨ «ЛАКТИАЛЕ» ДАРМЕГИНИН ЭФФЕКТИВТИВДҮҮЛҮГҮ**

**Сулайманов У., Беделбаев М., Ерушкевич Д.С., Карамурзаева Г.А., Жообаев Н., Кадырова Р.М.**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы  
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Лактиале дармегинин (саше) колдонуунун клиникалык салыштырмалуугу изилденген. Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында ич өткөк бөлүмүндө дарыланган 1 айдан 1 жашка чейинки балдардын клиникалык дарты суу аралаш ич өткөгүнүн орточо оор түрүндө кездеш-

кен 60 бейтап 2 топко бөлүнгөн. Алардын ичинен 30 бейтап «лактиале» менен дарыланган негизги топту түзгөн, 2 топту «лактиале» менен дарыланбаган көзөмөл тобун түзүшкөн.

Кароодогу бейтаптардын негизги клиникалык белгилеринин анализи жана жыштыктын узактыгы боюнча көзөмөл тобу менен салыштырууда, топтордо көрсөткөндөй тез-тез кусуу – (36,4±12,4%; 80,8±8,5%), дененин температурасынын узактыгы (1,8±0,5; 4,0±1,0 күн), зацынын (2,1±0,5; 3,9±0,8 күн) мөөнөтүнүн узактыгы (2,1±0,5; 3,9±0,8 күн) көзөмөл тобундагы бейтаптарда болушкан.

**Ачык сөздөр:** балдар, курч ичеги жугуштуу оорусу, гастроэнтерит, энтерит, дарылоо "Лактиале".

## EFFICIENCY OF APPLICATION OF "LACTIALE" PREPARATION FOR TREATMENT OF SECRETARIAL DIARRHEA IN CHILDREN

Sulaimanov U., Bedelbaev M., Erushkevich D., Karamurzaeva G., Zhoobaev N., Kadyrova R.M.

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbayeva

Department of Children's Infectious Diseases

Republican Clinical Infectious Diseases Hospital

**Summary:** A comparative clinical study of Lactiale (sachet) was conducted. Two groups of patients were observed with a total of 60 children aged 1 month to 1 year with moderate secretion diarrhea who received treatment in the intestinal department of the Republican Clinical Infectious Disease Hospital (RCIB). 30 patients were received the Lactile Toddler, and 30 patients who did not receive this drug were in the control group.

Analysis of the frequency and duration of the main clinical signs in the observed patients in the compared groups showed that frequent vomiting – (36.4±12.4%, 80.8±8.5%), body temperature (1.8±0.5, 4.0±1.0 days), stools (2.1±0.5, 3.9±0.8 days), hospital stay (2.1±0.5, 3.9±0, 8 days), were longer in patients of the control group.

**Key words:** children, acute intestinal infections, gastroenteritis, enteritis, treatment of "Lactiale".

### Введение

Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) в педиатрии одна из актуальных, которая определяется, прежде всего, высоким уровнем патологии среди детей раннего возраста [1,3,6]. В структуре инфекционных заболеваний ОКИ стоят на втором месте после острых респираторных инфекций [6]. Не рациональная антибиотикотерапия ОКИ часто приводит к развитию дисбактериоза кишечника, а также частота водянистых диарей у детей первого года жизни позволяет апробировать биопрепарат «лактиале малыш».

Лактиале – современный синбиотик (пробиотик+пребиотик), который состоит из комплекса семи важнейших полезных бактерий – бифидобактерий, лактобактерий и энтерококка, которые в норме присутствуют в микрофлоре кишечника здорового человека. *Основные действующие вещества:* Lactobacillus casei, Lactobacillus rhamnosus, Streptococcus thermophilus, Bifidobacterium breve, Lactobacillus acidophilus, Bifidobacterium infantis, Lactobacillus bulgaricus [1,2,5].

Лактиале малыш назначается детям от 6 месяцев при установленном дисбалансе микрофлоры кишечника, а также с целью профилактики дисбактериоза кишечника, появлению которых могут способствовать длительная терапия антибиотиками, нарушение привычного рациона питания, резкая смена условий окружающей среды (переезд и др.). Курс терапии препарата «лактиале малыш» – 1 месяц [3,4,5].

**Целью** настоящей работы являлась оценка эффективности применения препарата «Лактиале малыш» у детей, лечившихся в инфекционном стационаре с секреторными диареями [2].

### Материалы и методы исследования.

В течение декабря 2017 года и января 2018 года наблюдали 60 детей от первого года жизни с синдромами гастроэнтерита и энтерита, получавших стационарное лечение в кишечных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Проведено клинко-эпидемиологическое обследование, использовались общеклинические, биохимические методы исследования. Бактериологический анализ кала методом количественного исследования был проведен всем больным с секреторными диареями. Однако, положительный результат был выявлен у 8,3% детей, где выделяли cytrobacterium, klebsiella, staphylococcus aureus. У большинства 91,7% больных результаты бактериологического анализа кала были отрицательными, что вероятно связано с течением вирусных диарей.

Исследуемые дети были разделены на две группы: 1 гр. – больные получавшие «Лактиале малыш» (30), 2 гр. (контрольная) – не получавшие «Лактиале малыш» (30). «Лактиале малыш» назначался детям по одной саше 2 раза в день, который принимали с  $1,9 \pm 0,1$  дня болезни.

Критериями включения были больные дети, у которых одинаково часто в сравниваемых группах диагностировали синдром гастроэнтерита и энтерита.

Критериями исключения явились все дети, поступившие в инфекционный стационар с синдромами гастроэнтероколита, энтероколита и колита.

Оценку переносимости и безопасности исследуемого препарата проводили на основании анализа частоты возникновения нежелательных реакций у основной группы. Эффективность терапии оценивали по сокращению частоты стула и улучшению его характера, длительности интоксикации, рвоты и пребывания в стационаре детей с секреторными диареями. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS.

#### Результаты и обсуждение.

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом (Рис. 1): дети в возрасте 0-3 месяцев жизни – (19,9%; 30,0%), 4-6 месяцев жизни – (26,7%; 23,4%), 7-9 месяцев жизни – (30,0%; 33,3%), 10-12 месяцев жизни (23,4%; 13,3%). Среди заболевших, девочек было 40,0% и 43,3%, мальчиков – 60,0% и 56,7%. Среди заболевших детей большинство (61,7%) были городскими жителями. При изучении эпидемиологического анамнеза удалось выявить контакт с больными ОКИ лишь у 11,7% детей.

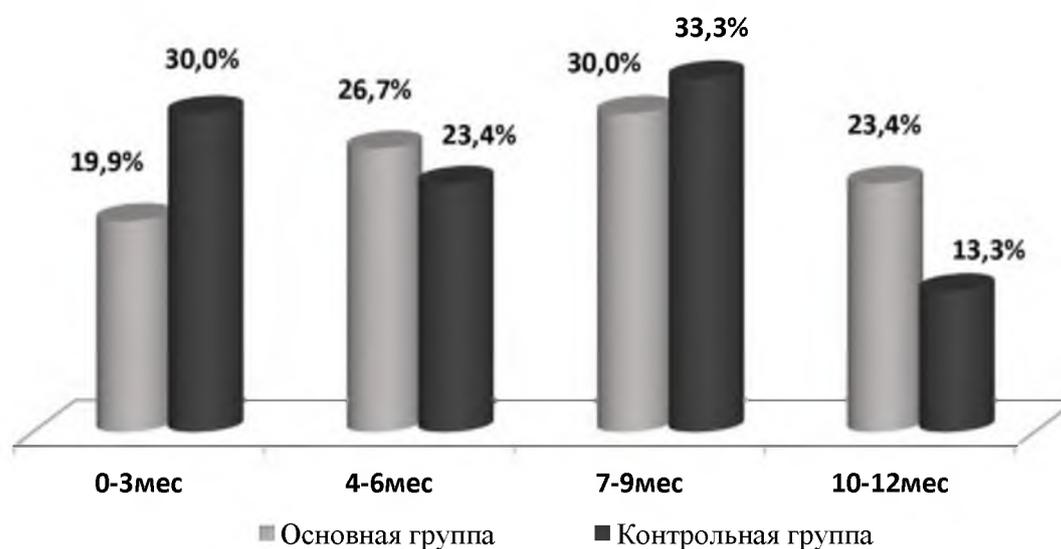


Рис. 1. Возрастная структура детей с секреторной диареей.

На догоспитальном этапе дети антибактериальную терапию получали одинаково часто (50,0%; 100,0%) в сравниваемых группах. Однако, при поступлении в инфекционный стационар больных секреторной диареей детей антибиотики были уже отменены с приемного отделения, так как в кале отсутствовала патологическая примесь. Следует отметить, что до поступления в стационар синдром обезвоживания развился у 6,6% детей, не получавших «лактиале малыш».

У всех детей в сравниваемых (1; 2) группах больных секреторная диарея протекала в среднетяжелой форме.

Частота и длительность основных клинических признаков (табл. 1, 2) у наблюдаемых больных в сравниваемых группах показала, что повышение температуры  $38,0 - 39^{\circ}\text{C}$  отмечалось в 93,3%; 86,6% случаях и достоверно ( $P < 0,05$ ) дольше ( $1,8 \pm 0,5$ ;  $4,0 \pm 1,0$  дней) была у больных, не получавших лактиале (2 гр.). Вероятно, более длительному повышению температуры у больных, не получавших лактиале (2) способствовала пневмония, из-за которой дети получили антибактериальную терапию ( $4 \pm 1,3$ ) дня.

Рвота наблюдалась в (77,3%; 86,7%), ( $P > 0,05$ ) случаях, где 1-2-х кратная – достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще ( $63,6 \pm 10,2\%$ ;  $19,2 \pm 6,4\%$ ) отмечалась у больных основной группы (1), тогда как частая рвота – ( $36,4 \pm 12,4\%$ ;  $80,8 \pm 8,5\%$ ), в течение ( $1,1 \pm 0,3$ ;  $3,2 \pm 1,0$  дней),  $P < 0,05$  была у больных контрольной группы (2).

Характер стула был водянистым достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще ( $96,7 \pm 3,3\%$ ;  $70,0 \pm 10,0\%$ ) у больных основной группы (1 гр.), а жидкий стул наблюдался достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще ( $3,3 \pm 1,1\%$ ;  $30,0 \pm 10,0\%$ ) у детей, не получавших лактиале (2 гр.) в течение ( $2,1 \pm 0,5$ ;  $3,9 \pm 0,8$ ) дней, ( $P < 0,05$ ).

Заболевание осложнилось пневмонией достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще в группе детей, которые не получали «Лактиале малыш» ( $6,7\%$ ;  $30,0\%$ ). Вероятно, это связано с тем, что дети из контрольной группы (2) находились в стационаре дольше, что не исключает развитие внутрибольничной инфекции.

Таблица 1

## Частота клинических признаков у больных в сравниваемых группах

Показатели (%)	1 группа (основная) n=30, M±m, %	2 группа (контрольная) n=30, M±m, %	P
Температура (38-39 <sup>0С</sup> )	86,6±6,6	93,3±4,7	P>0,05
Рвота:	77,3±8,9	86,7±6,6	P>0,05
1-2 кратная	63,6±10,2	19,2±6,4	P<0,05
частая	36,4±12,4	80,8±8,5	P<0,05
Стул:	3,3±1,1	30,0±10,0	P<0,05
Жидкий	96,7±3,3	70,0±10,0	P<0,05
Водянистый			

Таблица 2

## Длительность интоксикации, лечения и сроки пребывания наблюдаемых больных в стационаре

Показатели	1 группа (основная) n=30, M±m, %	2 группа (контрольная) n=30, M±m, %	P
Длительность температуры и симптомов интоксикации	1,8±0,5	4,0±1,0	P<0,05
Длительность рвоты	1,1±0,3	3,2±1,0	P<0,05
Длительность стула	2,1±0,5	3,9±0,8	P<0,05
Длительность пребывания в стационаре	2,1±0,5	3,9±0,8	P<0,05

Анализ данных периферической крови позволил выявить у (10,0%) больных лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ и у (66,7%) больных отмечался лимфоцитоз.

Все наблюдаемые дети из сравниваемых групп были выписаны с улучшением на (2,1±0,5; 3,9±0,8) день, P<0.05.

**Выводы:**

1. Применение «Лактиале малыш» в лечении больных секреторными диареями способствует уменьшению длительности симптомов интоксикации, сокращению частоты рвоты и стула, укорачивает сроки пребывания в стационаре, тем самым предотвращает суперинфекцию
2. Доступность, удобный способ применения (саше), отсутствие побочных явлений позволяет рекомендовать для восстановления нормальной микрофлоры кишечника детей с ОКИ и профилактики дисбактериоза кишечника с первых месяцев жизни.

**Литература:**

1. Кадырова Р.М. и др. Острые кишечные инфекции: методическое пособие для студентов, ординаторов, врачей. – 2006. С61
2. Корнева В.В. Применение синбиотика “лактиале” в комплексной терапии вегетативной дисфункции у детей и подростков // Современная педиатрия. – 2013. -№7 (55). – С. 66-71.
3. Парфенов А.И. Острая диарея. Эффективная фармакотерапия // Гастроэнтерология. - 2015. - №3. – С. 37.
4. Парфенов А.И., Бондаренко В.М. Что нам дал вековой опыт познания симбионтной кишечной микрофлоры // Терапевтический архив. 2012. Т. 84. № 2. С. 5-10.
5. Use of probiotics for management of acute gastroenteritis: a position paper by the Espghan Working Group for Probiotics and Prebiotics / Szajewska H., Guarino A., Hojsak I. et al. // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. - 2014. - Vol. 58, M.4. - P. 531-539.
6. ВОЗ. Диарея. [электронный ресурс] [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/ru/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/ru/) апрель 2017.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ В КЫРГЫЗСТАНЕ В 2017-2018 г.**  
**Алиева Л.Х., Сейдакматова Г.К., Байсеитова Ж.К., Чечетова С.В., Кадырова Р.М.,**  
**Джолбунова З.К., Журавлева О.Ю.**

Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К. Ахунбаева  
Республиканская клиническая инфекционная больница  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведен анализ 162 историй болезни больных корью, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2015-2018 гг. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные с диагнозом корь за 2015 г., 2-я – с диагнозом корь за 2017-2018 гг. Выявлены клинико-эпидемиологические отличия между этими группами. Представлен относительный риск развития тяжелых форм кори у детей, поступивших в РКИБ в 2017-2018 гг.

**Ключевые слова:** корь, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

**КЫРГЫЗСТАНДА 2017-2018 ЖЫЛДАРЫ КЫЗАМЫК ООРУСУНУН**  
**ЖУРУШУНУН ОЗГОЧОЛУКТОРУ**

**Алиева Л.Х., Сейдакматова Г.К., Байсеитова Ж.К., Чечетова С.В.,**  
**Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Журавлева О.Ю.**  
И.К. Ахунбаев атындагы КММА балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы,  
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасы,  
Бишкек ш., Кыргызстан.

**Корутунду:** Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында 2015-2018-жылдары дарыланган кызамык оорусу менен ооруган 162 бейтаптын бейтап баяны изилденген. Бейтаптар 2 бөлүккө бөлүнгөн: 1-бөлүк – 2015-жылы кызамык менен ооругандар, 2-чи – 2017-2018-жылдары кызымык менен ооруган бейтаптар. Бул бөлүктөрдүн арасында клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

**Ачкыч создор:** кызамык, эпидемиология, клиника, дифференциалдык айырмалоо, дарылоо.

**FEATURES OF MEASLES IN KYRGYZSTAN IN 2017-2018**

**Alieva L.H., Seidakmatova G.K., Baiseitova J.K., Chechetova S.V., Kadyrova R.M.,**  
**Dzholbunova Z.K., Juravleva O.Yu.**

Department of Children's Infectious Diseases of Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Republican Clinical Infectious Diseases Hospital  
Bishkek city, Kyrgyz Republic

**Summary:** An analysis of 162 cases of clinical record of patients with measles was made, who were on in-patient treatment at the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital (RCIDH) for the period of 2017-2018. Patients were divided into two groups: 1<sup>st</sup> group- patients with the diagnosis of measles for 2015, 2<sup>nd</sup> – with the diagnosis of measles for 2017-2018. Clinical and epidemiological differences between these groups were revealed. The relative risk of developing severe measles in children is presented, who entered in to the RCIDH in 2017-2018.

**Key words:** measles, epidemiology, clinic, diagnostics, treatment.

**Введение.**

Корь – высококонтагиозная, «летучая» инфекция вирусной этиологии, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, катаральными явлениями, конъюнктивитом, пятнисто-папулезной сыпью, частым развитием осложнений [5].

В 2014-2015 гг. через Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) прошло 4809 больных с корью (около 22000 случаев в Кыргызстане, по данным ДГСЭН). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ликвидация кори [6,7,8], возможна только путем достижения не менее 95,0% охвата профилактическими прививками, и контроля за качеством диагностики инфекции [1,3]. Подтверждением этому явилось проведение туровой вакцинации в 2016г., после которой среди поступивших в инфекционный стационар больных было зарегистрировано только 2 лабораторно подтвержденных случая кори [2,4].

В декабре 2017 года среди приезжих из г. Москвы не привитых детей было выявлено 2 случая подтвержденной кори. Проведено генотипирование вируса кори в г. Москве и установлена идентич-

ность возбудителя с вирусом кори, который был причиной вспышки этой инфекции в Российской Федерации в период 2017 г.

В Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) с декабря 2017 г. по февраль месяца 2018г., уже зарегистрировано 35 случаев заболевания корью, подтвержденных лабораторно методом ИФА, где 27 (77,0%) дети. В связи с этим проблема диагностики кори и кореподобных заболеваний на сегодняшний день остается актуальной в Кыргызстане.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения кори за период с 2015 по 2018 гг. в Кыргызстане.

#### **Материалы и методы исследования**

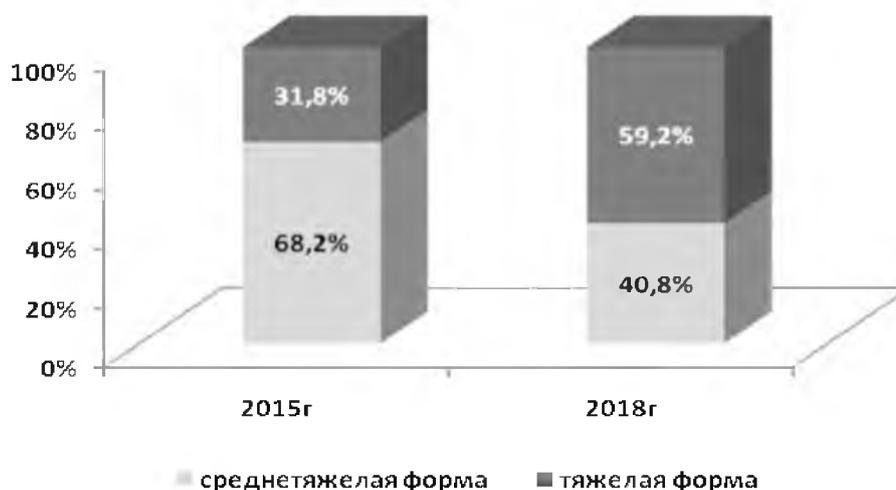
Нами проведен анализ 162 истории болезни детей с корью, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период с 2015 по 2018 годы (162 человека). Проведен сравнительный анализ течения кори в 2015 году (135 больных детей – 1 группа) и за декабрь 2017 и январь месяца 2018 года (27 больных детей – 2 группа). Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, лабораторные (ИФА, ПЦР) методы исследования. В процессе проведения генотипирования вируса кори на базе вирусологической лаборатории г. Москвы, было установлено, что причиной заболевания корью в 2015г. явился вирус серотип D8, а в 2018 году – серотип В3. Проведена статистическая обработка полученных результатов по программе SPSS, расчет показателей достоверности ( $P < 0,05$ ), корреляции ( $r$ ) и относительного риска (ОР). Критериями исключения явились дети с другими кореподобными заболеваниями, и отрицательными результатами ИФА.

#### **Результаты и их обсуждение**

Анализ возрастной структуры больных показал, что в 2015 году дети до одного года и старше болели одинаково часто, в то время как в 2018 году преобладали ( $P < 0,05$ ) дети первого года жизни (63,0%). Среди заболевших корью детей преобладали мальчики (63,0%; 74,1%). Большинство (81,0%; 81,0%) больных детей из сравниваемых групп были жителями города, этот показатель также не отличался в разные периоды времени. Количество организованных детей в 2015г. составило 16,0%, в то время как в 2018 г. – 3,0% ( $P < 0,05$ ). Контакт с больным корью был установлен достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще у детей 2-й группы (46,6%; 77,8%). Среди детей, больных корью в 2018 г., был выявлен как семейный, так и внутрибольничный контакт. Анализ прививочного анамнеза у наблюдаемых больных показал, что достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще (38,5%; 74,0%) оказались не привитыми дети из 2-й группы, т.к. большинство из них были первого года жизни.

С направляющим диагнозом «корь» или «корь?» поступили 41,5%; 22,2% детей, что свидетельствует о снижении эпидемиологической настороженности врачей первичного звена. Обращает на себя внимание тот факт, что диагноз «корева краснуха» в 2015г был выставлен у 1,5% больных, а в 2018г. подобного диагноза не было. В 2018г уже при поступлении детей в инфекционный стационар диагноз «корь» был выставлен в 70,0% случаев.

Отличительной особенностью течения кори в 2015 и 2018 гг. явилась тяжесть заболевания (Рис. 1). Так, в 2015 г. преобладали достоверно ( $P < 0,05$ ) чаще дети со среднетяжелой формой кори (68,2%), а в 2018 г. – с тяжелой (59,2%).



**Рис. 1. Тяжесть кори у детей в период эпидемического подъема 2015 г. и в 2018 г.**

Полученные результаты также могут быть обусловлены возрастными особенностями детей в изучаемых группах. Была также выявлена отрицательная корреляционная зависимость между возра-

том пациентов, поступивших в РКИБ в 2017-2018 гг. и тяжестью заболевания, чем младше был ребенок, тем тяжелее протекала корь ( $r=-3$ ).

Сопутствующая патология (анемия, ОРИ, герпетическая инфекция) выявлена у 17,0%; 29,6% больных корью детей, которая также влияла на тяжесть заболевания, особенно у детей первого года жизни.

Осложненное течение кори в сравниваемых группах больных выявлено достоверно ( $P<0,05$ ) чаще во 2-й группе (20,7%; 74,0%), что коррелирует с возрастом детей ( $r=-3$ ). Спектр осложнений был представлен пневмонией, крупом, ангиной, пневмотораксом, лимфаденит (Рис. 2).

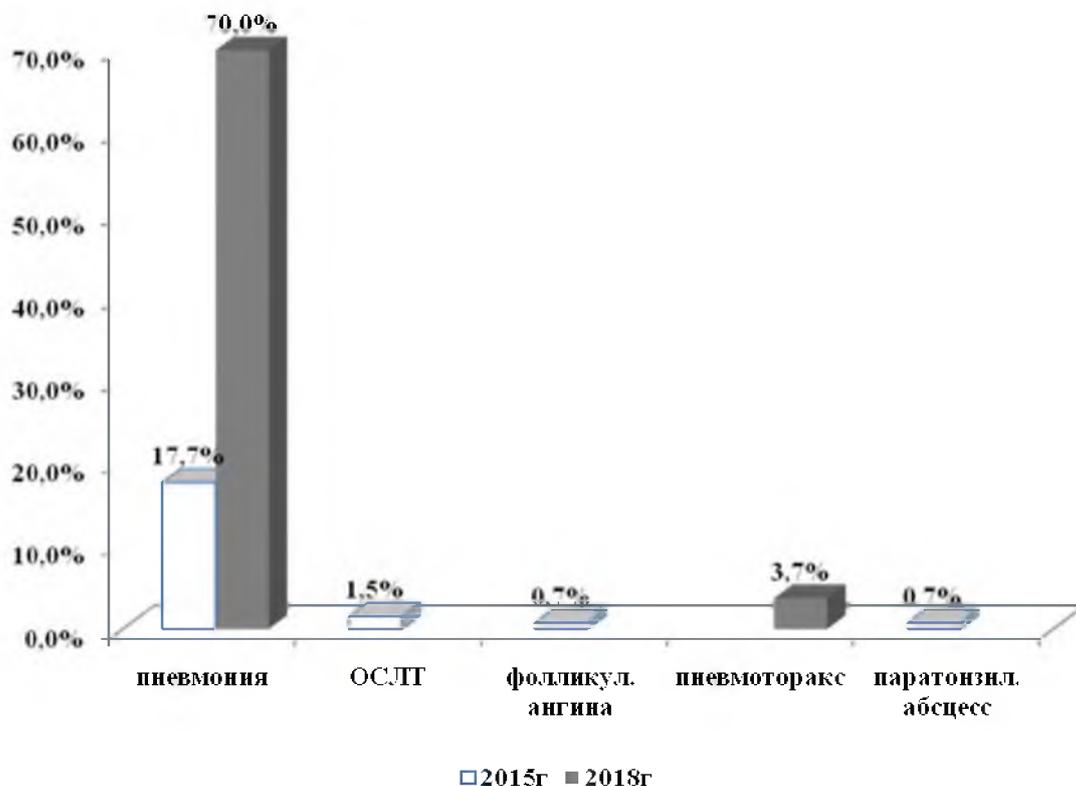


Рис. 2. Спектр осложнений при кори в 2015 и 208 гг.

Проведен расчет относительного риска развития осложнений и тяжелых форм кори у детей (табл. 1).

Интерпретация полученных результатов показала, что относительный риск развития тяжелой формы кори у детей был связан с такими показателями, как наличие осложнений, в том числе лимфаденита, анемией.

Каждый второй (54,0%; 51,8%) ребенок, больной корью был выписан с улучшением состояния.

Таблица 1

Диагностическая таблица риска развития тяжелых форм болезни у детей, больных корью за период 2017-2018 гг.

Показатели	Тяжесть болезни	(+/-)
Возраст, дети до 1 года жизни	1,7	+
Мужской пол больных корью детей	0,7	-
Ребенок неорганизованный	0,7	-
Наличие осложнений/пневмония	1,0	+
Наличие лимфаденита	1,0	+
Анемия	1,2	+
Ребенок не вакцинированный	0,6	-

«+» – возникновение осложнения возможно при показателях относительного риска от 1,0 и более (возможность развития болезни).

### **Выводы:**

1. Генотипирование вируса кори выявило в 2015 г. наличие серотипа D8, а в 2018 году – серотипа В3.
2. В возрастной структуре больных корью в 2017-2018 гг. преобладали дети первого года жизни (63,0%), которые не привиты в 74,0% случаев.
3. В 2018г. у детей преобладала (59,2%) тяжелая форма кори. Риск развития тяжелой формы кори у детей был связан с наличием осложнений, в том числе пневмонии (20,7%;74,0%).
4. Необходимо усилить эпидемиологическую настороженность врачей первичного звена, для предотвращения распространения кори среди населения.

### **Список литературы:**

1. **Астапов, А.А.** Корь у новорожденного ребенка / В.Н. Мельникова, Е.Ю. Свирчевская // *Здравоохранение (Минск)*. - 2013. - №2. - С. 62-63.
2. *Внутрибольничная корь [Текст] / Д.К. Чыныева, ММ Баялиева, Г.А. Карамурзаева и др. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. - №2. – С. 116-119.*
3. **Григорьев, К.И.** Корь: что впереди – ликвидация инфекции или эпидемия? / *Медицинская сестра*. - 2012. - №7. - С. 9-13.
4. *Клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в период эпидемического подъема 2014-2015 гг. [Текст] / А.Ш. Джумагулова, А.К. Саркина, Н.В. Фесенко и др. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. - №2(1). – С. 15-17.*
5. *Корь [Текст] / Г.К. Аликеева, Н.Д. Юцук, А. В. Сундуков и др. // Лечащий врач. - 2011. - №6. - С. 82-85.*
6. **Мазанкова, Л.Н.** Корь у детей / Л.Ф. Нестерина, С.Г. Горбунов // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2012. - №3. - С 12-15.
7. **Нестерина, Л.Ф.** Особенности кори у детей на современном этапе. // *Детские инфекции*. - 2004. - №2. – С. 54-58.
8. *Специфическая дифференциальная диагностика кори, краснухи, цитомегаловирусной инфекции и лихорадки Денге у российских туристов [Текст] / С.А. Пьянков, Е.В. Иванова, В.А. Тернова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. – Т. 19. - №6. – С. 16-19.*

## **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ В КЫРГЫЗСТАНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Береговой А.А., Джолбунова З.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра детских инфекционных болезней;  
Республиканская клиническая инфекционная больница, Бишкек

**Резюме.** В данной статье описаны основные проблемы диагностики острых бактериальных менингитов в Кыргызстане. Определены факторы затрудняющие постановку точного этиологически подтвержденного диагноза. Описаны новые в Кыргызстане методики экспресс-диагностики, сложности их внедрения в повседневную практику. А также освещён вопрос о необходимости применения более современных подходов лабораторной диагностики с определением иммунных факторов ликвора.

**Ключевые слова:** острые бактериальные менингиты, лабораторная диагностика, экспресс-тесты.

## **КЫРГЫЗСТАНДА АЗЫРКЫ КЕЗДЕГИ КУРЧ БАКТЕРИАЛЫК МЕНИНГИТТЕРДИ АНЫКТООДОГУ МАСЕЛЕЛЕР**

**Береговой А.А., Джолбунова З.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын  
балдардын жугуштуу оорулары кафедрасы;  
Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык ооруканасы, Бишкек ш.

**Корутунду:** бул макалада Кыргызстандагы курч бактериялык менингиттерди аныктоодогу негизги маселелер чагылдырылган. Туура этиологиялык себебин тастыктоодогу кыйынчылык жараткан факторлор аныкталды. Кыргызстанда дартты аныктоочу тез ыкмалар сүрөттөлүп, күнүмдүк колдонууга киргизүү кыйынчылыктары айтылган. Жана да жүлүн суюктугунун иммундук факторлоруна ныктоочу заманбап лаборатордук усулдарды колдонуу керектиги айтылган.

**Ачыкч создор:** курч бактериялык менингиттер, лаборатордук дартты аныктоо, тез ыкма.

## THE PROBLEMS OF DIAGNOSTICS ACUTE BACTERIAL MENINGITIS IN KYRGYZSTAN AT THE PRESENT STAGE

A.A. Beregovoi, Z.K. Djolbunova

Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbaeva

Department of children's infectious diseases;

Republican clinical hospital of infectious diseases, Bishkek

**Summary.** This article describes the main problems of diagnosis of acute bacterial meningitis in Kyrgyzstan. Factors that make it difficult to establish an accurate etiologically confirmed diagnosis are identified. New methods of express diagnostics in Kyrgyzstan are described, the difficulties of their introduction into everyday practice. And also the question of the necessity of using more modern approaches of laboratory diagnostics with the definition of the immune factors of the CSF is highlighted.

**Key words:** acute bacterial meningitis, laboratory diagnostics, rapid tests.

### Введение.

Менингит – инфекционное заболевание с преимущественным поражением мягкой мозговой оболочки головного и спинного мозга, характеризующееся общеинфекционным, общемозговым синдромом и воспалительными изменениями в церебральной жидкости [1].

Этиологическая структура менингитов крайне сложна, большая доля среди них принадлежит острым бактериальным менингитам (ОБМ). Некоторые источники утверждают, что любая инфекция может вызвать развитие менингита. Установлено, что наиболее частыми возбудителями менингита являются *Neisseriameningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Listeriamonocytogenes* [2]. Однако число возбудителей постоянно увеличивается. Это сопряжено, прежде всего, с изменением биологических свойств возбудителей, в частности с появлением высоко-вирулентных и резистентных к антимикробным препаратам штаммов. Поэтому исследования, направленные на изучение этиологической структуры ОБМ с целью усовершенствования средств и методов их диагностики, терапии и профилактики, в настоящее время приобретают особую актуальность [3-5].

Ситуация осложняется ещё и невозможностью своевременного выявления бактерионосительства, которое может продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев. Так на одного больного генерализованной формой менингококковой инфекцией приходится от 100 до 10 000 носителей. Носительство пневмококковой инфекции достигает 35% среди здорового населения, а 70% всех пневмоний и 25% отитов вызваны именно пневмококком. Гемофильную палочку можно выделить из носоглотки 90% здоровых людей. Бактерионосительство, а также локализованные формы инфекции, представляют большую эпидемиологическую опасность и часто остаются без лабораторного контроля, а следовательно и без лечебно-профилактических мероприятий [6].

Лабораторный компонент мониторинга за ОБМ играет ключевую роль в подтверждении диагноза. Определяя этиологический агент заболевания и чувствительность микроорганизма к антибиотикам, бактериолог обеспечивает клинициста необходимой информацией для построения соответствующей тактики лечения больного. Лаборатории играют важную роль как источник данных для эпидемиологического мониторинга за ОБМ. Эти данные необходимы для отслеживания эпидемий и вспышек, для принятия решений о введении специфической профилактики при возникновении эпидемиологического неблагополучия, а также для правильного распределения ресурсов профилактических и противоэпидемических мер в соответствии с потребностями населения. Таким образом, хорошо организованная и полностью оснащенная диагностическая лаборатория – ключевое звено и базовая основа для решения ежедневных практических и масштабных научных проблем ОБМ. Пациенты с диагнозом ОБМ имеют схожий симптомокомплекс клинических проявлений. Следовательно, клиническая диагностика должна быть дополнена лабораторной для определения этиологии инфекционного процесса. Правильный забор и транспортировка клинических образцов неотъемлемы для выделения, идентификации и характеристики возбудителей ОБМ. Забор материала должен проводиться до проведения антимикробной терапии во избежание потери жизнеспособности микроорганизма. Менингококк, пневмококк и гемофильная палочка являются малоустойчивыми микроорганизмами – чем быстрее после забора материал будет подвергнут лабораторной диагностике, тем выше шанс выделения из него причинного агента. Локусами для исследования могут быть только стерильные жидкости организма (в основном ликвор и кровь). Согласно рекомендациям ВОЗ по лабораторной диагностике менингитов, вызванных менингококком, пневмококком, гемофильной палочкой, предполагаемая роль этих возбудителей может быть определена следующими методами: бактериоскопическим ис-

следованием ликвора и крови, характерным ростом колоний на кровяной и шоколадной питательных средах, соответствующими тинкториальными свойствами при окрашивании бактериоскопического препарата культуры по Граму, детекцией специфических антигенов в реакции латекс-агглютинации или при использовании быстрого диагностического метода (Rapid Detection Test - RDT) [7]. Вышеуказанным методам присвоена сила А (по рейтинговой схеме для оценки силы рекомендации).

Выделение культуры из ликвора и крови пациента с диагнозом ОБМ несомненно является золотым стандартом для подтверждения клинического диагноза. При этом выделенная культура используется для определения чувствительности микроорганизма к антибиотикам, выявления фенотипических и генотипических свойств, а также для поиска антигенов, которые могли бы стать кандидатами в конструировании вакцинного препарата [8]. Однако результативность культурального метода относительно низка из-за необходимости создания особых условий хранения и транспортировки биоматериала, а также частого использования антибиотиков на до госпитальном этапе. Бактериоскопический метод относится к категории экспресс-методов, который может сориентировать специалиста о предполагаемой родовой и видовой принадлежности этиологического агента. Широко используемый в настоящее время не культуральный экспресс-метод латекс-агглютинации признан эффективным, но интерпретация результата может быть затруднена в случае низкой бактериальной нагрузки биообразца. Клинический материал, который не может быть источником культуры, может быть проанализирован генетическими методами с применением экстракции ДНК.

Прогноз течения и исхода инфекционно-воспалительных заболеваний центральной нервной системы (ЦНС) является актуальной задачей исследований, направленных на разрешение указанной проблемы в клинике. В настоящее время основной акцент подобных исследований сделан на изучении прогностической ценности показателей воспалительной реакции и иммунного ответа в цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) пациента, отражающих состояние как локальной, так и системной иммунной защиты при инфекции ЦНС. В ЦСЖ аккумулируются медиаторы воспаления и иммунорегуляторы, синтезируемые клетками ЦНС, а также клетки и иммунные факторы системного иммунного ответа, поступающие из крови при нарушении гематоэнцефалического барьера. В оценке тяжести инфекционно-воспалительного процесса в ЦНС уже давно с успехом используется набор показателей, характеризующих содержание белка, альбумина, иммуноглобулинов (Ig) – IgG, IgA, IgM, глюкозы, лактата, лейкоцитов с дифференцировкой их типов в ЦСЖ [9].

Диагностическая значимость определения иммунных факторов в ЦСЖ больных при бактериальных, грибковых и паразитарных инфекциях ЦНС [10]

Показатели	Цель определения	Заболевания ЦНС	Источник литературы
Белок, альбумин, лактат, глюкоза, IgA, IgM, IgG, цитоз	Оценка тяжести воспаления в ЦНС	Бактериальные инфекции ЦНС	Y. Sommer и соавт.
Индекс ЦСЖ/ сыворотка IgG	Ранний предиктор неблагоприятного исхода	Бактериальные инфекции ЦНС	P. Lackner и соавт.
IL-6 и IL-12	Дифференциальная диагностика	Бактериальный Менингит против серозного менингита	C. Hsien и соавт.
IL-6 и IL-10	То же	Гнойный менингит против КЭ	J. Zajkowska
SB 7-H3 и TNF $\alpha$	То же	Бактериальный Менингит против серозного менингита	X. Chen и соавт.
Синтез IFN- $\gamma$ клетками ЦСЖ в ответ на ESA T-6	Этиологическая диагностика	Туберкулезный менингит	R. Juan и соавт. M. Luca и соавт.
Антитела к возбудителю	То же	НБ	R. Bennet и соавт. J. Panelius и соавт. B. Skogman и соавт.
Основной белок миелина	Оценка психосоматического статуса	НБ	L. Kera и соавт.
IFN- $\gamma$ , TNF $\alpha$ , IL-6 и IL-8	Прогноз исхода	Криптококковый менингит при AIDS	A. Siddiqui и соавт.
Цитоз и число	Определение стадии	Трипаносомоз	B. Bouteille и соавт.

CD 19+ В-клеток	болезни		
-----------------	---------	--	--

Указанные выше проблемы не обошли стороной и Кыргызстан. Несмотря на высокую заболеваемость, в нашей стране не проводится обязательная регистрация ОБМ по этиологии из-за трудности этиологической расшифровки, которая определяет тяжесть болезни, что диктует необходимость уточнения возбудителя ОБМ для назначения этиотропной терапии, поиска эффективных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Нехватка и дороговизна питательных сред делают постановку диагноза в некоторых случаях невозможной. Зарекомендовавшие себя в мировой практике тест-системы для экспресс-диагностики, получаемые по грантам зарубежных лабораторий, малочисленны и крайне дороги для самостоятельной закупки стационаром. А российские аналоги латексной тест-системы, которые более доступны, до сих пор проходят испытания. Отсутствие квалифицированных специалистов-иммунологов не позволяет определять иммунный статус пациента с целью прогнозирования тяжести и исхода заболевания. Таким образом, проблема лабораторного контроля и этиологической расшифровки ОБМ, делают затруднительной постановку диагноза и проведения надлежащей терапии.

**Цель настоящего исследования** – освещение проблемы лабораторной диагностики ОБМ в Кыргызстане, выявление факторов, затрудняющих этиологическую расшифровку, а также использование новых методов экспресс-диагностики.

#### **Материалы и методы исследования.**

Были обследованы 95 пациентов, больных ОБМ в возрасте от 10 лет и старше, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) г. Бишкек в 2015-2017 годы. Наблюдение за больными проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии (РИТ) и в других профильных отделениях РКИБ в этот период. У всех больных нами проводились общеклинические, биохимические исследования. Для этиологической расшифровки ОБМ у подростков и взрослых использовался бактериологический метод лабораторной диагностики и экспресс-методы (латекс-агглютинация и Bifax NOW streptococcus pneumonia test). Статистическая обработка проводилась по программе SPSS.

#### **Результаты и их обсуждение.**

Больные поступали в стационар преимущественно на 1-2 сутки от начала заболевания (65,3% пациентов). Несмотря на относительно ранние сроки поступления, 48,4% больных были госпитализированы из приёмного покоя сразу в отделение РИТ в связи с развитием отёка головного мозга. Ещё 10,5% больных переводились в отделение РИТ на 1 или 2 сутки нахождения в стационаре по тяжести состояния. Лечение на дому получали 7,4% больных.

Наличие вышеуказанных обстоятельств понизило вероятность постановки точного этиологически расшифрованного диагноза более чем в два раза. Это связано в первую очередь с абсолютным противопоказанием для проведения люмбальной пункции – риском возникновения дислокационного синдрома при резком снижении внутричерепного давления, вызванного отёком головного мозга. При этом характерная для ОБМ симптоматика требует незамедлительного назначения антибактериальной терапии. На 2-3 сутки нахождения в стационаре, после купирования отёка головного мозга, бактериальная нагрузка исследуемых биологических жидкостей (кровь, ликвор) значительно снижается. Рекомендованные ВОЗом «золотые стандарты» диагностического поиска (бактериоскопическое исследование, латекс-агглютинация), необходимо проводить в кратчайшие сроки до начала лечения, а следовательно позже точность данных методов значительно снижается.

Большинство пациентов находились в стационаре с диагнозами гнойный менингит неустановленной этиологии и менингококковая инфекция смешанная генерализованная форма (менингит и менингококкемия) неустановленная (соответственно 36,8% и 28,4%). Ещё 8,4% больных был выставлен клинически диагноз вторичный ОБМ неустановленной этиологии.

13,7% больных ранее переносили ОБМ, в связи с чем находились под наблюдением у невропатолога. ЧМТ отмечалась в анамнезе у 15,8% пациентов. Данные состояния предрасполагают к развитию в дальнейшем ОБМ и отягощают их течение, что также затрудняет диагностику.

При обследовании больных классическими методами результаты анализов показали следующее: бактериоскопия СМЖ проводилась 20,0% больных ОБМ. Из них у 11,6% выявлены грамм «-» кокки, у 2,1% – диплококки и у 6,3% – бактерии не обнаружены. Бактериологический посев ликвора в 49,5% случаях не дал результата и лишь у 2,1% больных при посеве выявлен пневмококк, и у 3,2% – менингококк группы А. Анализ крови на толстую каплю выявил у 2,1% больных диплококки, наличие кокков в 29,5% случаев и 3,2% бактерии не были обнаружены. Кровь была стерильна у 33,7% обследуемых, диплококки обнаружены у 4,2%, пневмококк – у 1,1%, золотистый стафилококк, эпидермальный стафилококк – у 5,3%. Кровь на менингококковую инфекцию оказалась отрицательным у 16,8% пациентов, у 12,6% больных определился менингококк группы А и по 1,1% пришлось на пневмококк и золотистый стафилококк. А при исследовании мазка со слизистой оболочки носоглотки в 100% случаях анализ был отрицательным.

Следует отметить, что ни одним из вышеуказанных классических методов обследования выявить менингококк групп В и С не удалось.

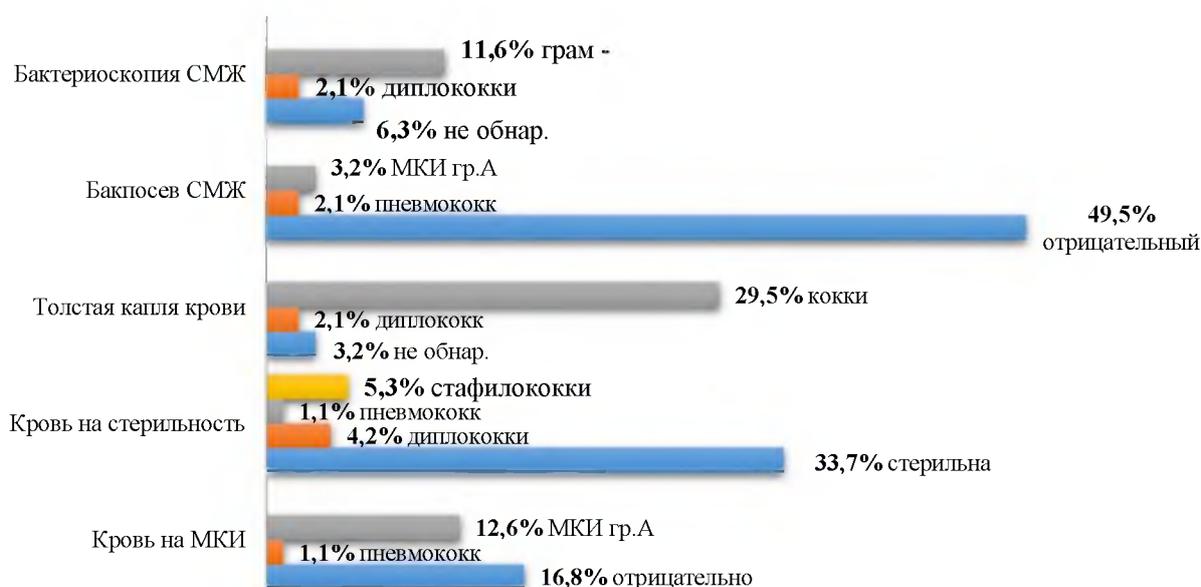


Рис. 1. Результаты проводимых лабораторных тестов.

Используемые недавно методы экспресс-диагностики применялись у 20,0% больных. Так латекс-агглютинация у 6,3% пациентов выявила менингококк группы А, пневмококк – в 1,1% и у 3,2% результат был отрицательным. Винах NOW streptococcus pneumonia test был положительным у 5,3% больных и отрицательным – у 4,2%. Эти методы диагностики проявили себя, даже когда классические методы диагностики были отрицательными.

Пребывание пациентов в стационаре затягивалось в большинстве случаев (44,2% больных) до двух недель. Лабораторно не удавалось определить чувствительность к антибактериальным препаратам, что отразилось и на лечении – комбинированную противомикробную терапию с двух, а то и с трёхкратной сменой препаратов получали 34,7% больных. В 8,4% случаев заболевание заканчивалось летально.

Таким образом, в Кыргызстане этиологическая расшифровка ОБМ остаётся низкой. Использование экспресс-методов лабораторной диагностики (латекс-агглютинация и Vинах NOW streptococcus pneumonia test) способствует уточнению диагноза даже когда бактериологические методы исследования недостаточно информативны.

#### Литература

1. Bacterial meningitis in pathophysiology and treatment / S. Ashwal, L. Tomasi, O. Schneider [etal.] // *Neurology*. 1992. №42. P. 739-741.
2. К.А. Джафарова, Ш.М. Рашидова, Ф.М. Раджабов. Сравнительная характеристика клинико-лабораторных показателей и исходов бактериальных менингитов у детей разных возрастных групп // *Современная педиатрия* 2014. № 4(60). Стр. 31-34.
3. Multicenter surveillance of invasive meningococcal infections in children / S.L. Kaplan, G.E. Schutze, J.A. Leake, W.J. Barson // *Pediatrics*. 2006. № 118 (4). P. 979-984.
4. Bashir H.E., Laundry M., Booy R. Diagnosis and treatment bacterial meningitis // *Arch. Dis. Child*. 2003. №88. P. 615-662.
5. Nosocomial meningitis caused by Enterobacteriaceae: risk factors and outcome in 1992-2007 / J. Benca, A. Ondrusova, B. Rudinsky [et al.] // *Neuroendocrinology left*. 2007. № 28 (2). P. 27-29.
6. Королева И. С. и соавт. Эпидемиологические особенности носительства *Haemophilus influenzae type b*. *Эпидемиология и инфекционные болезни*, № 3, 2000, С.15-19
7. LaForce FM, Konde K, Viviani S, Preziosi MP. The meningitis vaccine project. *Vaccine* 2007; 25 (September (Suppl. 1)):A 97-100.
8. Королева И.С., Белошицкий Г.В., Менингококковая инфекция и гнойные бактериальные менингиты: Руководство по лабораторной диагностике // Под ред. В.И. Покровского. – М.: 2007. – С. 112.
9. Sommer J., Gaul C, Heckmann J. et al. // *Eur. Neurol.* – 2002. – Vol. 42, N2. – P. 224-232.
10. Г.Ф. Железникова, Н. В. Скрипченко, Л. А. Алексеева // *Клиническая лабораторная диагностика*. – 2012. - №11. – Стр. 43-47.

## ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ

Кадырова Р.М., Надирбекова Р.А., Чечетова С.В., Джолбунова З.К.

Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

**Резюме:** Обследовано 384 детей в возрасте от 0 до 7 лет, поступивших в детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице. Ведущим этиологическим фактором дизентерии у детей раннего возраста была Sh. Flexneri. На основании клинико-эпидемиологических данных с помощью регрессионного анализа рассчитывали относительный риск вероятности развития тяжелой формы дизентерии.

Риск развития тяжелых форм дизентерии высока как у детей от 3-х месяцев жизни до года, так и у детей 3-6 лет. Повышается вероятность тяжелых форм болезни при позднем поступлении, длительности симптомов интоксикации и гемоколита на фоне отягощенного преморбидного фона, развитии суперинфекций, осложнений и неотложных синдромов.

**Ключевые слова:** дети, возраст, дизентерия, относительный риск, тяжелые формы.

## ЖАШ БАЛДАРДА ДИЗЕНТЕРИЯНЫН ООР ТҮРЛӨРҮНҮН ӨӨРЧҮҮСҮНҮН САЛЫШТЫРМАЛУУ ТОБОКЕЛДИГИ

Кадырова Р.М., Надирбекова Р.А., Чечетова С.В., Джолбунова З.К.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА, жаш балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек шаары

**Корутунду:** Ош шаардык жугуштуу оорулар бейтапканасына жаткырылган 0-7 жашка чейинки 384 бейтап текшерилген. Дизентерия менен ооруган балдардын оорусунун негизги козгогучу Shigella Flexneri болгон. Регрессиялык анализдин жардамы менен клиникалык-эпидемиологиялык маалыматтар боюнча дизентериянын оор түрлөрүнүн салыштырмалуу тобокелдик ыктымалдыгы эсептелген. 3 айдан 3 жашка жана 3-6 жашка чейинки балдарда дизентериянын оор түрлөрү көбүрөөк кездешет. Ууландыруу белгилеринин жана гемоколиттин көп убакытка созулганы, преморбиддик фонунун кесепети, суперинфекциянын өнүгүшү, кабылдоосу жана кечиктирилгис синдромдордун бейтаптардын кеч түшкөн убагында оорунун оор түрлөрүнүн ыктымалдыгын жогорулатат.

**Ачык создор:** балдар, жашы, дизентерия, ыктымалдык, оорунун оор түрү.

## RELATIVE RISK OF DEVELOPING SEVERE FORMS OF DYSENTERY IN INFANTS

Kadyrova R.M., Nadirbekova R.M., Dzholbunova Z.K.

KSMA named of I.K. Ahunbaev, Department of infants infectious disease. Bishkek

**Summary:** were observed 384 infants from 0 to 7 years old received to infant infectious disease department in Osh citizen clinical hospital. Sh.Flexneri was leading in etiological structure acute intestinal infections in infants. By using regressive analysis we calculated relative risk of developing severe forms of dysentery based on clinical epidemiological datas. Risk of development severe forms of dysentery is high in infants from 3 months to 1 year and in children 3-6 years old. Probability of severe forms of dysentery increases at late arrival, duration of intoxication symptoms and hemocolitis at refracted premorbid background, development of super infection, complications and emergency syndromes.

**Key words:** infants, age, dysentery, relative risk, severe forms.

**Введение** Ведущее место среди расшифрованных кишечных инфекций у детей в течение многих лет принадлежит дизентерии (1). В связи с ухудшением социально-экономических условий жизни населения, изменением свойств патогенности микроорганизмов отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости шигеллезом, утяжелению их клинических проявлений, увеличению частоты затяжных форм заболевания и осложнений, которые обуславливают сохранение летальности на достаточно высоком уровне (2,3).

Повреждение, вызванное патогеном, кроме местных изменений сопровождается развитием общей реакции организма на инфекционный стресс. У детей шигеллезная инфекция нередко сопровождается развитием инфекционного токсикоза, дегидратации и электролитными нарушениями, что в острый период заболевания обуславливает особую тяжесть состояния ребенка (3,4). Именно тяжелые формы инвазивных диарей, с развитием нейротоксикоза, инфекционно-токсического шока, токсикоза с эксикозом, гемолитико-уремического синдрома и являются причинами летальных исходов, регистрирующихся преимущественно у детей раннего возраста (2).

**Цель исследования** – представить факторы риска развития тяжелой формы дизентерии у детей для предупреждения неблагоприятного исхода болезни.

**Материалы и методы исследования:**

Под наблюдением находилось 384 детей в возрасте от 0 до 7 лет, поступивших на лечение в детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице (ДИС ОГКБ). Возрастная структура детей в ДИС ОГКБ распределилась следующим образом: от 0-12 месяцев – 138 (36,0%), от 1-3 лет-182 (47,4%), от 4-7 лет- 64 (16,6%).

Изучался эпидемиологический анамнез, где выясняли контакт с больными острыми кишечными инфекциями (ОКИ). При объективном исследовании больных дизентерией детей выявлялись симптомы общей интоксикации, признаки обезвоживания, кишечного синдрома.

Одновременно с общеклиническими методами исследования по показаниям проводились биохимические исследования крови. Диагноз дизентерии подтверждался бактериологическим и микроскопическим исследованием кала. Для улучшения этиологической расшифровки дизентерии у детей использовали метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) – диагностики кала.

Относительный риск развития тяжелой формы дизентерии рассчитывали с помощью регрессионного анализа. Для этого необходимо знать основные понятия этого метода:

*Риск* – это вероятность появления определенного исхода болезни. Риск может принимать значения от 0 до 1. В медицинской статистике, как правило, изучаются изменения риска наступления исхода в зависимости от какого-либо фактора. Пациенты условно разделяются на 2 группы, на одну из которых фактор влияет, на другую – нет.

*Относительный риск* это отношение частоты исходов среди исследуемых, на которых оказывал влияние изучаемый фактор, к частоте исходов среди исследуемых, не подвергавшихся влиянию этого фактора. Относительный риск применяется при *проспективных исследованиях*, когда исследуемые группы формируются по признаку наличия или отсутствия фактора риска. При исследованиях по принципу "*случай-контроль*" вместо относительного риска должен использоваться показатель отношения шансов.

Для расчета относительного риска необходимо:

- построим четырехпольную таблицу сопряженности, исходя из количества исследуемых, имеющих определенные факторные значения.

	Исход есть (1)	Исхода нет (0)	Всего
Фактор риска есть (1)	A	B	A + B
Фактор риска отсутствует (0)	C	D	C + D
Всего	A + C	B + D	A+B+C+D

- Находим значение относительного риск по следующей формуле:

$$RR = \frac{\frac{A}{A+B}}{\frac{C}{C+D}} = \frac{A \cdot (C + D)}{C \cdot (A + B)}$$

где A, B, C, D – количество наблюдений в ячейках таблицы сопряженности.

- Находим значения границ доверительного интервала – 95% ДИ (или 95% CI – от англ. "confidence interval").
- Проводим интерпретацию показателей относительного риска тяжелой форм болезни:
- Если ОР равен 1, можно сделать вывод, что исследуемый фактор не влияет на вероятность исхода
- При значениях более 1 делается вывод о том, что фактор повышает частоту исходов
- При значениях менее 1 - о снижении вероятности исхода при воздействии фактора.

**Результаты и их обсуждения.**

На основании этио-эпидемиологических и клинико-лабораторных данных составлена диагностическая таблица вероятности развития тяжелой формы дизентерии у детей (табл. 1).

Таблица 1

## Вероятность развития тяжелой формы дизентерии у детей

ПОКАЗАТЕЛИ	Относительный риск	Возможность развития болезни (+/-)
<i>Возраст:</i>		
до 3-х мес.	0,9	-
3-6 мес.	1,2	+
6-9 мес.	1,2	+
9-12 мес.	1,1	+
1-3 года	0,8	-
3-6 лет	1,0	+
>6 лет	0,6	-
Осложнения	1,6	+
Городской житель	0,8	-
Сельский житель	1,2	+
Находился в др. стационаре до госпитализации в РКИБ	1,2	+
<i>День болезни при поступлении:</i>		
1-й	0,8	-
2-й	1,0	+
3-й	1,0	+
Суперинфекция	1,4	+
Умеренное обезвоживание	1,3	+
Тяжелое обезвоживание	1,4	+
1	2	3
Токсикоз	1,2	+
Парез кишечника	1,3	+
Выпадение слизистой прямой кишки	1,4	+
Безбелковые отеки	1,4	+
ДВС-синдром	1,4	+
Дисбактериоз кишечника	1,4	+
<i>Преморбидный фон</i>		
Анемия	0,9	-
Нарушение питания	1,1	+
ГИЭ	1,3	+
Анемия+нарушение питания	1,1	+
Недоношенность	1,1	+
ВУИ	1,2	+
<i>Сопутствующие заболевания</i>		
Пневмония	1,4	+
ОРВИ	1,3	+
<i>Эпидемиология:</i>		
контакт с ОКИ	1,3	+
заражение через пищу	0,8	-
заражение через воду	0,8	-
семейный очаг	1,2	+
коллективный очаг	0,8	-
<i>Вскармливание:</i>		
грудное	0,8	-
смешанное	1,0	+
искусственное	1,2	+
Амбулаторное лечение до госпитализации	0,9	-
Самостоятельное лечение до госпитализации	1,1	+
Возбуждение	1,4	+
Западение глазных яблок	1,2	
Сухость слизистых	1,3	+

Жажда	1,0	+
Медленное расправление кожной складки	1,2	+
Снижение диуреза	1,1	+
Западение большого родничка	1,2	+
Вздутие живота	1,1	+
Втянутый живот	1,0	+
Парез кишечника	1,4	+
Слизь в стуле	1,0	+
Кровь в стуле	1,1	+
Тенезмы	1,2	+
Стул по типу «ректального плевка»	1,1	+
Спазмированная сигмовидная кишка	1,1	+
1	2	3
Зияние ануса	1,2	+
сфинктерит	1,3	+
<i>Частота стула:</i>		
до 5 раз	0,8	-
до 10 раз	0,97	-
10-20 раз	1,1	+
без счета	1,4	+
<i>тах температура тела:</i>		
38,0 <sup>0</sup> С	0,9	-
38,5 <sup>0</sup> С	1,0	+
39,0 <sup>0</sup> С	1,0	+
40,0 <sup>0</sup> С	1,3	+
<i>Длительность лихорадки:</i>		
1-2 дня	0,9	-
3 дня	1,1	+
4 дня	1,1	+
5 дней	1,3	+
Множественная рвота	1,1	+
Нарушение гемодинамики	1,3	+
Токсикодистрофия	1,4	+
<i>ОАК:</i>		
Нв<110	1,0	+
эр.<3,5	1,0	+
лейк.>10,0	0,9	-
с/я >50	1,0	+
п/я>5	0,9	-
эоз.>5	0,8	-
СОЭ>10	0,6	-
Общий белок в крови <65	1,3	+
<i>Копрограмма:</i>		
нейтральный жир	1,0	+
жирные кислоты	1,1	+
слизь	1,0	+
лейкоциты	1,0	+
эритроциты	1,0	+
простейшие	1,1	+
Sh.Flexneri	1,1	+
Sh.Sonne	0,91	-

- «+» – возникновение тяжелого обезвоживания у больных ОКИ возможно при показателях относительного риска от 1,0 и более.

Таким образом, интерпретация показателей таблицы вероятности риска развития тяжелой формы дизентерии у детей позволяет сделать следующее заключение, что тяжелые формы дизентерии могут развиваться, как у детей от 3-х месяцев жизни до года, так и у детей 3-6 лет, чаще у сельских жителей. Сроки болезни особо не влияют на вероятность развития тяжелой формы, а наличие суперинфекции, развитие осложнений (выпадение слизистой прямой кишки, парез кишечника, безбелковые отеки, ДВС-синдром, развитие неотложных синдромов и сопутствующих заболеваний) повышает риск развития тяжелой формы дизентерии. Отягощенный преморбидный фон (ГИЭ, нарушение питания), наличие положительного контакта с больными ОКИ, самолечение в домашних условиях, выраженность и длительность симптомов интоксикации, а также развитие синдрома гемоколита с характерными изменениями в копрограмме и высевам шигеллы Флекснера из фекалий увеличивает риск вероятности развития тяжелой формы болезни, а также неблагоприятного исхода.

#### **Литература:**

1. **Маржохова, М.Ю.** *Характеристика синдрома эндогенной интоксикации при острых кишечных инфекциях [Текст] / М.Ю. Маржохова, М.А. Башиева, Ж.М. Желихажбаева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. - № 1. – С. 49-52.*
2. **Эралиев, Э.** *Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей г. Ташкента [Текст] / Э. Эралиев // Детские инфекции. – 2016, Том 15. - №3. - С. 63-65.*
3. **Afroze, F.** *Risk factors and outcome of Shigella encephalopathy in Bangladeshi children [electronic resource] / F. Afroze, T. Ahmed, M. Sarmin, et al. // Plos Neglected Tropical Diseases. – 2017. – V. 11 (4). [https://apps.who.int/](https://apps.who.int/knowledge/)*
4. **Tickell, K.D.** *Identification and management of Shigella infection in children with diarrhoea: a systematic review and meta-analysis [Text] / K.D. Tickell, R.L. Brander, H.E. Atlas, et al // Lancet Global Health. – 2017. V. 5 (12). - P. 1235-1248.*

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ АДРЕНАЛИНОМ ПРИ ОРВИ С РАЗВИТИЕМ ОСЛТ У ДЕТЕЙ**

**Эмилбекова З.Э., Аякеев Т.К., Тилекова А.Т., Чыныева Д.К., Мамбетова Н.О.**

Кафедра детских инфекционных болезней, КГМА им. И.К. Ахунбаева

Республиканская клиническая инфекционная больница,

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** проведен сравнительный клинико-лабораторный анализ 64 историй болезней детей в возрасте от 0 до 6 лет, поступивших в РКИБ с ОРВИ и стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛТ), которые получали в лечении ингаляции с адреналином. Больные были разделены на 2 группы: I группа – 32 ребенка с ОСЛТ, которые получали ингаляции соляно-щелочные и с гидрокортизоном, II группа – 32 больных с ОСЛТ, получавшие ингаляции с адреналином. При ингаляции с адреналином положительный эффект наступал быстрее, чем при других видах ингаляции. Также развитие пневмонии у детей I группы отмечалось реже, сократились сроки пребывания в стационаре.

**Ключевые слова:** дети, ОРВИ, ОСЛТ, адреналин, лечение.

### **БАЛДАРДА КУРЧ КАРМАГАН ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНДАГЫ ВИРУС ЧАКЫРГАН ООРУНУН ТАМАГЫ БУУЛГАН ТҮРҮ (КРУП) МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ТҮРҮНДӨ АДРЕНАЛИН ИНГАЛЯЦИЯСЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ**

**Эмилбекова З.Э., Аякеев Т.К., Тилекова А.Т., Чыныева Д.К., Мамбетова Н.О.**

Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы,

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академия

Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Кыскача маалымат:** курч кармаган дем алуу органдарындагы вирус чакырган оорунун тамагы буулган түрү менен, адреналин дармеги менен дем алган (ингаляция) жугуштуу оорулар бейтапканасында дарыланган 0-6 жашка чейинки курактагы 64 бейтаптын бейтап баяны салыштырмалуу клиникалык лабораториялык анализденген. Бейтаптар 2 топко бөлүндү: I топ – туздуу-щелочтук ингаляция жана гидрокортизон менен алган круп синдрому менен 32 бала жана гидрокортизон, II топ – адреналин менен ингаляция алган менен 32 бейтап. Адреналин менен ингаляция алган бейтаптарда ылдамыраак өзгөрүш болгон, башка ингаляция алгандарга караганда. I

топтун бейтаптарында өпкөнүн сезгениши азыраак кездешкен жана ооруканада болуу мөөнөтүнүн узактыгы азайган.

**Негизги сөздөр:** балдар, курч кармаган вирус чакырган дем алуу органдарындагы жугуштуу оорулары, круп синдрому, адреналин, дарылоо.

## EFFICACY OF INHALATION WITH ADRENALINE IN ARI WITH THE DEVELOPMENT OF OSLT IN CHILDREN

Emilbekova Z.E., Ayakeev T.K., Tilekova A.T., Chynyeva D.K., Mambetova N.O.

Department of Children's Infectious Diseases, KSMA named after I.K. Akhunbaeva

Republican Clinical Infectious Diseases Hospital Bishkek,

Kyrgyz Republic

**Summary:** A comparative clinico-laboratory analysis of 64 case histories of children, aged 0 to 6 years, entered the RKIB with ARVI, accompanied by acute stenosing laryngotracheitis (LSLT), which were received in the treatment of inhalation with adrenaline. The patients were divided into 2 groups: Group I - 32 children with LSLT who received inhalation saline-alkaline and hydrocortisone, Group II - 32 patients with LSLT who received inhalations with epinephrine. With inhalation with adrenaline, the positive effect was more rapid than with other types of inhalation. Also, the development of pneumonia in children of Group I was less frequent, and the length of stay in the hospital was reduced.

**Key words:** children, ARVI, LSLT, adrenaline, treatment.

### Введение

Обструктивные состояния верхних дыхательных путей на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у детей встречаются достаточно часто и могут быть проявлением многих патологических состояний, самым распространенным из которых является синдром крупа [1,3]. Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) один из частых неотложных синдромов, который встречается у детей до 6 лет при ОРВИ. Синдром крупа характеризуется лающим кашлем, осиплостью голоса, стенотическим дыханием, и может привести к развитию гипоксического отека головного мозга ребенка.

ОСЛТ - потенциально жизнеугрожающее состояние, его рациональная фармакотерапия должна быть известна педиатрам и врачам скорой медицинской помощи. Поражения органов дыхания у детей, вызванные респираторными вирусами, являются наиболее актуальной проблемой педиатрии и инфекционной патологии. В этиологической структуре заболеваний с поражением респираторного тракта доминируют как вирусы, так и бактерии, (69,4%), вирулентность которых определяет развитие тяжелых форм болезни и неотложных состояний, в том числе острый стенозирующий ларинготрахеит [2,4]. Распространенность синдрома крупа на фоне ОРВИ достаточно высока, особенно у детей первых 6 лет жизни. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями респираторного тракта: большое количество лимфоидной и рыхлой соединительной ткани в подсвязочном пространстве, малые абсолютные размеры гортани, относительно узкий ее просвет, мягкость хрящевого скелета, рыхлый и вытянутый надгортанник. Все это создает особые предпосылки для компонентов стеноза: спазма и отека.

Лечение ОРВИ у детей с синдромом крупа должно быть комплексным и индивидуальным. В него, как правило, входят муколитические, отхаркивающие, противовирусные, антигистаминные, противоотечные и бронхолитические препараты [1,5]. Традиционное лечение ОРВИ сводится в основном к симптоматической и посиндромной терапии. До 2012 года для лечения ОСЛТ использовали традиционно соляно-щелочные ингаляции, в последнее время стали применять адреналин ингаляционно.

**Целью** данного исследования является сравнение эффективности применения ингаляций с адреналином и соляно-щелочным раствором у детей, больных ОРВИ с ОСЛТ.

### Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни детей с ОРВИ и ОСЛТ, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2009г. и 2017 г. Был проведен сравнительный анализ клиничко-лабораторных показателей между двумя группами детей в возрасте до 6 лет, больных ОРВИ и ОСЛТ: I группа – 32 человека, госпитализированных в 2009 г., которые в лечении получали соляно-щелочные ингаляции и ингаляции с гидрокортизоном, II группа – 32 человека, пролеченных в 2017 г., в лечении которых использовали ингаляции с адреналином. В работе использовали эпидемиологические, общеклинические, инструментальные (рентген органов грудной клетки, УЗИ головного мозга)

методы исследования. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по программе SPSS.

### Результаты и их обсуждение

Анализ возрастной структуры детей в сравниваемых нами группах показал, что количество детей до одного года жизни (43,7%;50,0%) и в возрасте от 1 до 3-х лет (56,3%;50,0%) в обеих группах было приблизительно одинаково (рис.1).

По половому распределению в сравниваемых группах преобладали мальчики (67,2%). Анализ места проживания показал, что преобладали городские жители (75,0%;71,9%).

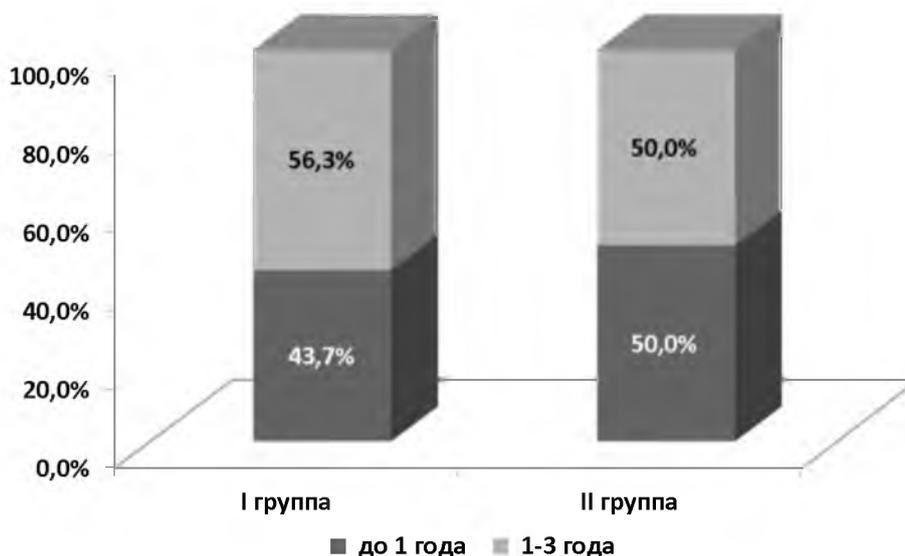
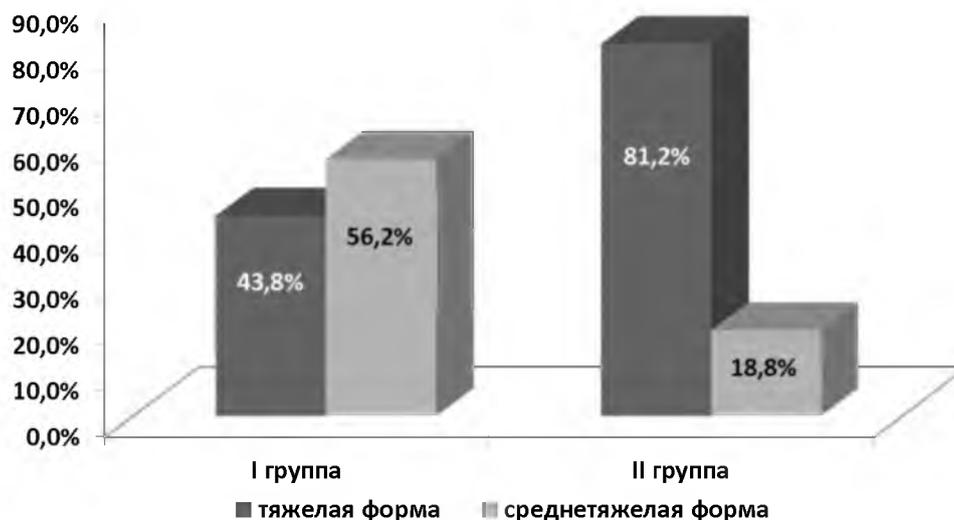


Рис. 1. Возрастная структура детей в сравниваемых группах.

В основном (72,0%), дети из сравниваемых нами групп поступали в первые 3 дня болезни. Эпидемиологический анамнез показал, что контакт с больным ОРВИ был установлен лишь в 18,8% случаев, у 25,0% больных детей заболевание связывали с переохлаждением. Преморбидный фон у 43,8% больных детей был отягощен анемией. Поступление детей с явлениями ОСЛТ в ранние сроки заболевания, было связано с быстрым прогрессированием признаков стеноза гортани и симптомов дыхательной недостаточности. До поступления в стационар некоторые (25,0%; 37,5%) пациенты из сравниваемых нами групп получали антибактериальную терапию.

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела, грубый лающий кашель, осиплость голоса и затрудненное стенотическое дыхание.

В первой группе больных преобладали (рис. 2) дети со среднетяжелой формой (56,3%; 18,8%) болезни, в то время, как во второй группе – с тяжелой (43,8%; 81,3%).



**Рис. 2. Тяжесть заболевания в изучаемых группах больных детей.**

По тяжести состояния 6,0% детей с поступления получали лечение в ОРИТ в связи с развитием дыхательной недостаточности и гипоксического отека головного мозга.

Симптомы интоксикации были в основном выражены умеренно (73,4%), слабо выраженные катаральные явления отмечались у 34,4% больных детей и умеренно выраженные у – 43,8%.

Длительность лихорадочного периода в основном (79,3%) составляла 1-3 дня. Однако, развитие пневмонии (80,%;46,9%) повлияло на сроки лечения и длительное пребывания детей в стационаре.

Как правило, признаки дыхательной недостаточности (ДН) у больных детей с ОСЛТ появлялись в первые 2 дня от начала болезни. Признаки ДН были отмечены как в I, так и во II группе больных (43,8%; 62,5%). Степень развития ДН определялась не только выраженностью стеноза гортани, но и присоединением синдрома бронхиальной обструкции, который был выявлен в 12,5% случаев у больных в обеих сравниваемых группах.

Терапия у всех больных включала антибактериальное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Антибиотики были назначены большинству (94,0%) больных детей уже с поступления.

Назначение кортикостероидных препаратов зарегистрировано в 73,5% случаев, что было обусловлено тяжестью клинических проявлений стеноза.

Проведена сравнительная характеристика эффективности лечения ОСЛТ с использованием соляно-щелочных ингаляций и ингаляций с адреналином (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика эффективности лечения в изучаемых группах больных детей

Показатели	I группа	II группа	P
Длительность сохранения стеноза (дни)	3,5±1,1	1,5±0,3	<b>P&lt;0,05</b>
Осложнения / пневмония	80,0±7,1%	46,9±8,8%	<b>P&lt;0,05</b>
Дыхательная недостаточность (ДН)	62,5±8,5%	43,8±8,7%	<b>P&lt;0,05</b>
Койко-дни	4,5±1,1	2,5±0,8	<b>P&lt;0,05</b>
<b>Исход болезни:</b> Выздоровление	64,0±8,4%	80,0±7,1%	<b>P&lt;0,05</b>

Анализ полученных данных показал, что длительность сохранения клинических проявлений ОСЛТ у детей с ОРВИ на фоне использования ингаляций с адреналином (3,5±1,1; 1,5±0,3 дней), пребывания в стационаре (4,5±1,1; 2,5±0,8 дней) были достоверно (P<0,05) меньше по сравнению с использованием традиционных соляно-щелочных ингаляций. Также, частота развития таких осложнений, как пневмония (80,0±7,1; 46,9±8,8%) и дыхательная недостаточность (62,5±8,5; 43,8±8,7%), была достоверно (P<0,05) меньше при использовании ингаляций с адреналином. Тогда, как достоверная разница (P<0,05) частоты выздоровления (64,0%; 80,0%) при использовании в лечении ОСЛТ у детей ингаляций с адреналином была выше (рис. 3).



**Рис. 3. Исход болезни в изучаемых группах.**

Таким образом, применение ингаляций с адреналином в лечении детей, больных ОРВИ с ОСЛГ способствует сокращению длительности клинических проявлений, уменьшению частоты развития осложнений и неблагоприятных исходов, длительности пребывания в стационаре, а также выздоровлению.

**Список литературы:**

1. И.П. Лобушкова, Е.А. Спиридонова. Синдромальная диагностика дыхательной недостаточности у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом / *Детские инфекции*. - 2009. - №3. - С. 59-61.
2. В.Ф. Суховецкая и др. Клиника и диагностика острых стенозирующих ларинготрахеобронхитов у детей при ОРВИ различной этиологии / *Детские инфекции*. - 2007. - №1. - С.10 – 15.
3. Бакрадзе М.Д. Рациональная терапия крупа у детей / *Вопросы современной педиатрии*. - 2007. - №5. - С. 32-36.
4. *Практическое руководство по детским болезням. Неотложная педиатрия.* Под редакцией проф. Б.М. Блохина. - М.: Медпрактика, 2005. - 61 с.
5. Харламова Ф.С., Учайкин В.Ф., Бевза С.Л., и др. Клиническая эффективность Кагоцелла при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей / *Детские инфекции* 2008. - №4. - С. 28-34.

**АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА**

**Т.М. Бектурсунов, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Э.Ш. Ишаева,  
З.Э. Абдылдаева, Сабыр к. Айпери**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра пропедевтики детских болезней.  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Изучены медико-биологические факторы риска рождения недоношенного ребенка. Исследовано 61 недоношенных новорожденных. Группу контроля составили 30 здоровых новорожденных детей. Полученные данные показали наличие множества модифицирующих факторов риска развития заболевания: старший возраст матерей (старше 35 лет), экстра- и урогенитальные заболевания матерей, отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности.

**Ключевые слова:** преждевременные роды, факторы риска, патологическая беременность, недоношенность.

**БАЛДАРДЫН АРА ТОРОЛУШУНДОГУ КООПТУУ ФАКТОРЛОРДУ АНАЛИЗДӨӨ**

**Т.М. Бектурсунов, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Э.Ш. Ишаева,  
З.Э. Абдылдаева, Сабыр к. Айпери**

**Корутунду:** Балдардын ара төрөлүшүндөгү медико-биологиялык кооптуу факторлор каралды. Ара төрөлгөн 61 ымыркай изилдөөгө алынды. Контролдук группаны дени сак жаңы төрөлгөн ымыркай бала түздү. Алынган маалыматтарда оорунун пайда болушуна көп модификациялуу кооптуу факторлор табылды: төрөгөн эненин жашы жогору (35 жаштан өйдө), эненин экста же урогенитальдык оорулары, начар акушердик анамнез, кош бойлуулуктун патологиялык өрчүүсү.

**Негизги сөздөр:** мезгилинен мурда төрөө, кооптуу факторлор, патологиялык кош бойлуулук, ара төрөлүү.

## ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE BIRTH OF A PREMATURE BABY

T.M. Bektursunov, S.T. Nurzhanova, A.A. Kakeeva, E.Sh. Ishayeva,

Z.E. Abdyldaeva, Sabyr to the Ayperi

Kyrgyz State Medical Academy I.K. Akhunbaeva,

Department of Propaedeutics of Childhood Illnesses.

Bishkek Kyrgyz Republic

**Summary:** Medical-biological risk factors for the birth of a premature baby were studied. 61 preterm infants were examined. The control group consisted of 30 healthy newborns. The obtained data showed the presence of a number of modifying risk factors for the development of the disease: the older age of mothers (over 35 years), extra- and urogenital diseases of mothers, a burdened obstetric anamnesis, the pathological course of pregnancy.

**Key words:** premature birth, risk factors, pathological pregnancy, prematurity.

**Введение.** Преждевременные роды (ПР) являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности в мире [1,2,3]. Преждевременными, согласно классификации ВОЗ, считаются роды, произошедшие с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода от 500 г (I ст. – 34-36, II ст. – 31-33, III ст. – 28-30, IV ст. – <28). Среди них выделяют группы: дети с низкой массой тела при рождении (2500-1500 г), дети с очень низкой массой тела при рождении (1500-1000 г), дети с экстремально низкой массой тела при рождении (<1000 г). Этиология ПР остается неизвестной и методы предотвращения отсутствуют. Наиболее значимыми факторами риска развития идиопатических ПР являются социально-демографические и медицинские. К социально-демографическим относятся следующие факторы: низкое социально-экономическое положение, психоэмоциональный стресс, курение, возраст младше 17 и старше 34 лет, национальная принадлежность. Медицинские факторы, существующие до беременности: ПР в анамнезе, привычное невынашивание, отягощенный акушерский анамнез, высокий паритет родов, экстрагенитальные заболевания [4,5]. Многоплодная беременность (около 30% ПР), маловодие, патология плаценты, преэклампсия, анемия, инфекции. Эффективность предотвращения преждевременных родов невелика, несмотря на большое количество научных исследований в этой области. Данная проблема заслуживает всестороннего изучения и совершенствования диагностических и лечебных мероприятий, направленных на снижение количества ПР. Частота ПР в развитых странах колеблется от 6% до 12% и за последние 10 лет имеется тенденция к повышению [1,6,7,8].

**Материалы и методы:** Проведено ретроспективное исследование историй болезни за 2017 год на базе Городского перинатального центра г. Бишкек. Выделены 2 группы: в основную группу вошли недоношенные дети (n=61), в сроках 28-36 недель гестации; контрольную группу составили доношенные новорожденные (n=30) с физиологическим течением беременности. Изучались следующие риск факторы: количество родов, возраст матери, пол ребенка, акушерский анамнез, течение данной беременности, заболеваемость матери. Статистический анализ данных проведен с использованием программ «SPSS 16». Достоверность разности относительных показателей закодирована следующими кодами: \* -  $p < 0,05$  (95,0%); \*\* -  $p < 0,01$  (99,0%); \*\*\* -  $p < 0,001$  (99,9%). Отношение шансов риска (OR) считался положительным при показателе выше 1,0.

**Результаты и их обсуждение:** При изучении возрастного фактора риска установлено, что во всех группах преобладают матери активного репродуктивного возраста. Однако в основной группе достоверно больше ( $p < 0,01$ ) матерей старшей (более 35 лет) возрастной группы. По половой принадлежности детей достоверных отличий не наблюдалось. В обеих группах, в основном, дети рождались от повторно беременных матерей (табл. 1).

Таблица 1

Социально-биологические факторы риска преждевременных родов

Матери		Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Число беременностей	первая	25	40,0	10	33,3
	повторная	36	60,0	20	66,6
Пол ребенка	мальчик	26	42,6	16	53,3
	девочка	35	55,7	14	46,6
Возраст рожавших	21-35 лет	52	85,2	28	93,3
	36-45 лет	9	14,7 **	2	3,3
Всего:		61		30	

При изучении состояния здоровья матерей выявлено, что больные женщины чаще преобладают в основной группе ( $p < 0,01$ ), чем в контрольной. У матерей контрольной группы заболеваемость представлена лишь анемией (33,3%). Остальные заболевания, такие как, артериальная гипертензия, урогенитальная патология наблюдаются только в основной группе матерей ( $p < 0,05$ ) (рис. 1).

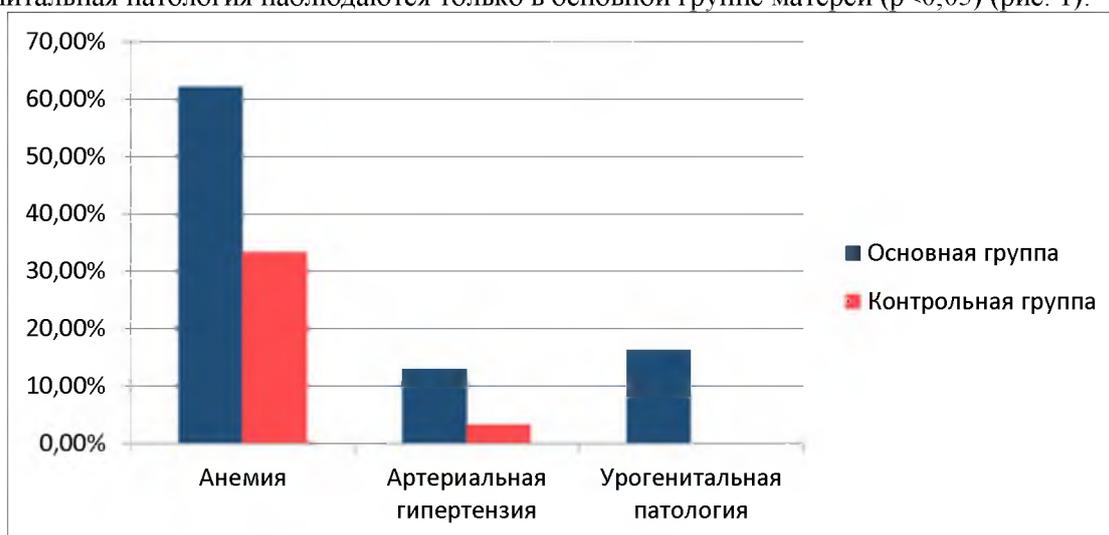


Рис. 1. Материнская заболеваемость и ее структура в исследованных группах.

Осложненное течение беременности как фактор риска в обеих группах не имеет достоверных различий ( $p > 0,05$ ) по ОРВИ и по частоте раннего гестоза беременных. В то же время, в основной группе достоверно чаще, чем в контрольной отмечалось анемия ( $p < 0,05$ ) и тяжелая патология беременности: преэклампсия, хориоамнионит, кольпит ( $p < 0,05$ ), угроза прерывания беременности и патология околоплодных вод (табл. 2).

Таблица 2

Течение данной беременности

Течение беременности	Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Анемия	38	62,2*	10	33,3
Гестоз	21	34,4	7	23,3
ОРВИ	24	39,3	8	26,6
Преэклампсия	8	13,1*	1	3,3
Хориоамнионит	8	13,1*	-	-
Кольпит	8	13,1*	2	6,6
Угроза прерывания	6	9,8	-	-
Отслойка плаценты	3	4,9	-	-
Маловодие	3	4,9	1	3,3

Анализ акушерского анамнеза матерей недоношенных детей достоверно ( $p < 0,05$ ) отягощен в основной группе матерей. В обеих группах был медицинский аборт: в основной группе у 7 (11,4%) женщин, в контрольной группе у 2-х (6,6%) женщин. В основной группе матерей ( $p < 0,05$ ) отмечается такая тяжелая патология как самопроизвольный выкидыш на ранних сроках гестации и преждевременные роды в анамнезе (табл. 3).

Таблица 3

Акушерский анамнез матерей

Отягощен	Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Выкидыш на ранних сроках гестации	9	14,7*	1	3,3
Медицинский аборт	7	11,4*	2	6,6
Ранние преждевременные роды	5	8,1	1	3,3

При изучении степени недоношенности преобладают ( $p < 0,05$ ) новорожденные со II степени недоношенности (57,3%) (табл. 4).

Таблица 4

Степень недоношенности		
I степень	34-36	12 (19,6%)
II степень	31-33	35 (57,3%)*
III степень	28-30	14 (22,9%)
IV степень	<28	-

Анализируя диагноз заболевания детей, на первом месте стоит бактериальный сепсис (78,6%), из сопутствующей патологии: гипоксически-ишемическая энцефалопатия (88,5%), ателектаз легких (26,2%), врожденные пороки развития (19,6%), внутриутробная инфекция (9,8%), из осложнений преобладала постателектатическая пневмония (14,7%), язвенно-некротическая энтероколит (3,2%) (табл. 5).

Таблица 5

Анализ основного и сопутствующего заболеваний у недоношенных детей

Основной:	
1. Бактериальный сепсис	48 (78,6%)
2. Первичный ателектаз новорожденного	10 (16,3%)
3. Гемолитическая болезнь новорожденных	3 (6,5%)
Сопутствующий:	
1. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, синдром угнетения.	54 (88,5%)
2. Первичный ателектаз	16 (26,2%)
3. Врожденные пороки развития	12 (19,6%)
4. Внутриутробная инфекция	6 (9,8%)
Осложнения:	
1. Постателектатическая пневмония	9 (14,7%)
2. Язвенно-некротический энтероколит	2 (3,2%)

Проведен сравнительный анализ ранговой значимости каждого из медико-биологических факторов риска рождения недоношенных детей по основному и самому доказательному показателю – отношению шанса риска (OR) развития заболевания (табл.6).

Таблица 6

Ранговая значимость медико-биологических факторов риска рождения недоношенных детей

Риск фактор	Показатели	OR
Биологические факторы риска	Мальчики	1,5
	Девочки	1,4
	Старший возраст матерей	1,3
Акушерский анамнез	Преждевременные роды	2,58
	Выкидыш на ранних сроках гестации	2,2
	Медицинский аборт	2,0
Течение беременности	Гестоз	4,4
	Преэклампсия	4,4
	Кольпит	2,1
	Маловодие	1,5

В ранговой значимости медико-биологических факторов риска преобладает «старший возраст матерей», в отягощенном акушерском анамнез: преждевременные роды, самопроизвольный выкидыш на ранних сроках, медицинский аборт, при изучении течения беременности в ранговой значимости высокими доказательными характеристиками в порядке убывания: гестоз, преэклампсия, кольпит, маловодие.

**Выводы:** Таким образом, анализируя все вышеизложенное, следует констатировать, что имеется множество значимых медико-биологических факторов риска рождения недоношенных детей.

Комплексное изучение влияния факторов риска рождения недоношенных детей с оценкой ранговой значимости каждого показывает, что группой возрастного риска являются матери старшей возрастной группы. При изучении состояния здоровья матерей больных детей выявлена высокая экстрагенитальная заболеваемость, в частности, сердечно-сосудистая такие как артериальная гипертензия, анемия, урогенитальная патология особенно в группе матерей недоношенных детей ( $p < 0,05$ ), что указывает на наличие хронических очагов инфекций, а сердечно-сосудистые заболевания на хроническую гипоксию, что и определило исход заболевания. В акушерском анамнеза матерей недоношенных детей установлено, что достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) у них выявляется отягощенный акушерский анамнез в виде: преждевременных родов самопроизвольные выкидыши и медицинские аборт. Анализ течения данной беременности выявило множество факторов риска в виде: гестоз преэклампсия, хориоамнионит, кольпит, маловодие.

#### **Литература**

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. *Преждевременные роды. Недоношенный ребенок: руководство для врачей.* – М.: ГЭОТАР. Медиа, 2006. – С. 447.
2. Lamont Ronald F. *Looking to the future // I International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002 // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol.* – 2003. – Vol. 110. – P. 131-135.
3. McGrath S., Smith R. *Prediction of preterm delivery using plasma corticotropin releasing hormone and other biochemical variables // Ann. Med. – Gr. Brit.* – 2002. – Vol. 34, №1. – P. 28-36.
4. Деев И.А., Куликова К.В., Куликов Е.С. *Анализ факторов риска рождения ребенка с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Журнал мать и дитя в Кузбассе.* – 2016. – №2(65). – С. 10-14.
5. Yi, S.W. *Anemia before pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight and small for gestational-age birth in Korean women // Yi S.W., Han Y.J., Ohrr H. // Eur. J. Clin. Nutr.* – 2013. – V 67 (4). – P. 337-342.
6. Шалина Р.И., Плеханова Е.Р. *Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2007. – Т. 6, №1. – С.33-40.
7. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып. 2 / Под ред. В.И. Кулакова – М.: ГЭОТАР. Медиа, 2006. – С.35-71, 112-129.*
8. Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Углова Н.Д., Шкляр А.Л., Невынашивание беременности // *Вестник ВолГМУ, Выпуск. - 2015.- Т. 1, №53. – С. 3-9.*

### **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Асанбекова Ж.А., Бектурсунов Т.М., Абдылдаева З.Э., Ишаева Э.Ш., Урматова Б.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра пропедевтики детских болезней

**Резюме:** изучена структура заболеваемости внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных, путем ретроспективной обработки их историй болезни. Выявлено, что наиболее высокий коэффициент встречаемости отмечается при ВПГ – 86% и ЦМВ-инфекции 85%. Факторами риска развития ВУИ у новорожденных являются заболевания матери во время беременности такие, как маловодие, анемия, течение ОРВИ, с гипертермией. Установлено, что риск развития ВУИ выше – у мальчиков, по сравнению с девочками, у недоношенных, у новорожденных, с более тяжелым течением болезни, а также госпитализированных в позднем сроке. Клинические признаки ВУИ наиболее выражены были со стороны органов пищеварения – 86% и ЦНС – 42,3%, менее респираторной системы – 27%.

### **ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ЖАТЫНДАГЫ ИНФЕКЦИЯСЫНА АЛЫП КЕЛЕ ТУРГАН КООПТУУ ФАКТОРЛОР**

**Асанбекова Ж.А., Бектурсунов Т.М., Абдылдаева З.Э., Ишаева Э.Ш., Урматова Б.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Балдар ооруларынын пропедевтика кафедрасы

**Кыскача маалымат:** ретроспективдүү жолу менен оорулуу ымыркайлардын оору баяндары иштетилип, жатындагы инфекция (ЖИ) дарты изилденди. Мында ВПГ – 86%, ЦМВ инфекциясы – 85% кездешери табылды. Ымыркайларда ЖИ дарты пайда болушуна кош бойлуу энелердин ОРВИ гипертермиясы, аз кандуулук менен оорушу, операция жолу менен төрөтүү – кооптуу факторлор болуп табылды. ЖИ дартына көбүрөөк эркек балдар, ара төрөлгөн жана ооруканага кеч жаткырылган ымыркайлар чалдыгат. ЖИнын белгилери көбүнчө тамак сиңирүү органдарында – 86%, борбордук нерв системасында – 42,3% кездешет, азыраагы респиратордук системасында – 27%.



## RISK FACTORS FOR INTRAUTERINE INFECTION IN NEWBORNS

Asanbekova Zh.A., Bektursunov T.M., Abdylidaeva Z.E., Ishaeva E.Sh., Urmatova B.K.

Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Akhunbayeva

Department of propaedeutics of childhood diseases

**Summary:** The structure of the incidence of intrauterine infection (IUI) in newborns was studied by retrospective processing of their case histories. It was revealed that the highest rate of occurrence was observed with herpes simplex virus (HSV) – 86% and cytomegalovirus infection (CMV) infection - 85%. Risk factors for the development of IUI in newborns are maternal illnesses during pregnancy, such as malnutrition, anemia, acute respiratory viral infection, and hyperthermia. It was found that the risk of developing IUI is higher in boys than in girls, in premature babies, in newborns with a more severe course of the disease, and also in hospitalized in the late term. Clinical signs of IUI were most pronounced on the part of the digestive organs – 86% and the central nervous system – 42.3%, less than the respiratory system – 27%.

### Актуальность проблемы

В последние годы отмечается неуклонное увеличение частоты случаев ВУИ и повышение их роли в формировании акушерско-гинекологической и перинатальной патологии. В настоящее время внутриутробные инфекции широко распространены среди новорожденных по всему миру. Внутриутробные инфекции во многом определяют показатели мертворождаемости, неонатальной и младенческой смертности. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике и лечении перинатальных инфекционно-воспалительных заболеваний, в структуре заболеваемости и смертности детей первого года жизни сохраняется значительный удельный вес пациентов с данной патологией. Это может быть связано как с улучшением диагностики, так и с истинным распространением воздействия различных инфекционных агентов на детский организм [1].

Установлено, что физическое развитие детей с клиническим проявлением внутриутробной инфекции и детей с высокой и средней степенью риска внутриутробного инфицирования достоверно ниже, по сравнению со здоровыми и детьми с низкой степенью риска. [2]

Маркеры перинатально значимых инфекций при исследовании проб клинического материала от маловесных недоношенных новорожденных диагностированы в 41,0%. Наиболее часто определяли Cytomegalovirus– 14,1% и Ureaplasma spp. – 17,9%. При серологическом обследовании маркеры активных стадий изучаемых инфекций не были обнаружены. Для повышения эффективности диагностики внутриутробных инфекций у новорожденного необходимо исследовать методом ПЦР максимально возможное число проб различных биологических сред организма. Диагноз внутриутробной инфекции устанавливается с учетом всего комплекса клинических, лабораторных и морфологических данных с учетом сроков обследования – оптимально в первые дни жизни [3]. Доказано, что одним из главных этиологических факторов при задержке внутриутробного развития является внутриутробная инфекция [4]. Наиболее частыми возбудителями вирусных заболеваний плода и новорожденного являются вирусы семейства герпеса, в частности – цитомегаловирус, вирусы простого герпеса 1 и 2 типов и вирус Эпштейна-Барр [5]. Параллельно с общим увеличением инфицированности населения возрастает частота неонатального герпеса: за последние 25 лет она увеличилась в 10-20 раз и составляет от 1:2500 до 1:7500 живорожденных детей [6,7].

Значимость внутриутробных инфекций определяется не только тяжестью клинических проявлений у новорожденного, но и серьезными отдаленными последствиями в виде психоневрологических, нейросенсорных и соматических нарушений, нередко приводящих к инвалидизации детей и значительному снижению качества их жизни [8].

Именно поэтому инфекции, перенесенные в период внутриутробного развития, оказывают существенное влияние на все дальнейшее развитие ребенка, в том числе и на его интеллект.

**Цель:** выявить факторы риска развития внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГДКБ СМП г. Бишкек.

### Задачи:

1. Ретроспективная обработка историй болезней новорожденных, которые находились на стационарном лечении в ГДКБСМП с лабораторно подтвержденным (ИФА, ПЦР) ВУИ в клиническом диагнозе.
2. Проспективная обработка 31 историй развития, здоровых новорожденных Городского перинатального центра г. Бишкек.
3. Выявление наиболее часто встречаемых факторов риска развития ВУИ, вычисление абсолютного количества и в % соотношении.

4. Вычисление ОШ (OR), специфичности (Sp), чувствительности (Se) и диагностической эффективности признаков.

#### **Материалы и методы исследования:**

Был проведен ретроспективный анализ 662 историй болезни отделения патологии новорожденных ГКБ СМП города Бишкек за I, II, III, IV, IX месяцы 2017 г., отобрано 59 историй болезни, лабораторно (ПЦР, ИФА) подтвержденной ВУИ. В качестве контрольной группы - одновременно проводился проспективный анализ 31 истории развития здоровых новорожденных Городского перинатального центра г. Бишкек, родившихся за период август-сентябрь 2017 года. Применен по охвату сплошной способ сбора материала, по времени – текущее наблюдение, по виду – выкопировка анкетная, когортным методом выборки. Анкета включает 19 вопросов. Способ счетной обработки – ручной.

**Результаты:** При изучении ВУИ у новорожденных в зависимости от сезонности, нами выявлено, что чаще заболеваемость ВУИ отмечается в зимний период (14-17,75%) по сравнению с весенне-летним периодом (9,48-11,2%). В зависимости от пола встречаемость ВУИ чаще среди мальчиков (40-68%), чем у девочек (19-32%). Из общего числа, 19% новорожденных в дебюте заболевания были госпитализированы в отделение реанимации новорожденных (ОРН), затем при стабилизации состояния были переведены в вышеуказанное отделение. В структуре заболеваемости ВУИ у новорожденных, наиболее высокий коэффициент встречаемости отмечался при ВПП – 86% (титр Ig G от 1:20 до 1:800) и при ЦМВ-инфекции 85% (титр Ig G от 1:10 до 1:800), низкий коэффициент при хламидийной инфекции – 6,7% (титр Ig G от 1:5 до 1:80) и при микоплазменной инфекции 5% (титр Ig G 1:5), а при токсоплазмозе всего 1,6% (титр Ig G 0,6).

Нами выявлено, что ВУИ у новорожденных чаще диагностировано в поздний неонатальный период (83%), у родителей работающих (73%), со специальным образованием (70%), до 30-летнего возраста (66%). Почти все родители жители городские (97%), проживающие большинство в Ленинском районе – 31,5%, затем в Октябрьском районе – 26,3%, в Свердловском районе – 24,5%, самый низкий в Первомайском районе – 17%. Из них жители новостроек составляли всего 20,3%.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза матерей новорожденных, ВУИ выявлена при первой беременности (37,2%) и первых родах (44,1%). Половина из них (54,2%) перенесла ОРВИ, с гипертермией (31%), и в зависимости от сроков беременности, больше всего у 28% беременных женщин в III триместре, у 19% в I-триместре, у 12,5% во II-триместре. Медицинские аборт в анамнезе были у 15,2% женщин, а выкидыши у 10%. Анемия была диагностирована у 37,2% женщин, из них у большинства (40%) I-степень, а II-степень только у 9% женщин.

Чаще женщины страдали от проявлений урогенитальной инфекции, такие как кольпит (17%), течение пиелонефрита (13,5%), также отмечался отечный синдром (10%), протеинурия (3,3%), и реже гипертензия (1,6%).

На УЗИ чаще выявлено маловодие (11,8%) чем многоводие (1,6%) . Роды завершились в срок и самостоятельно у 74,5%, преждевременно у 16,9%, путем кесарева сечения только у 13,5%. Околоплодные воды патологически были изменены у 11,8% рожениц.

К моменту госпитализации в основном жаловались на желтушное окрашивание кожи новорожденных – 73%, на слабость, вялость, беспокойство – 45,7%, отказ от груди – 25,4%, заложенность носа – 20%, на кашель – 18,6%, на гипертермию – 16,9%, на рвоту – 13,5% и метеоризм – 10%. До госпитализации 11,8% из них получили амбулаторное лечение. Каждый шестой новорожденный был госпитализирован сразу после рождения, каждый десятый только на 3-день жизни. Новорожденные с нормальным весом составляли лишь 42,3%. К груди в первые 30 минут были приложены 18,6%, и в дальнейшем были на грудном вскармливании 47,4%.

По данным клинических проявлений преобладали симптомы поражения органов пищеварения – 86%, чаще всего проявления желтухи, ЯНЭК, синдром раздраженного кишечника. Поражение ЦНС составляло 42,3%, чаще ГИЭ, синдром угнетения и гипервозбудимости, смешанная энцефалопатия, ДЦП, гидроцефалия. Поражение респираторной системы, такие как бронхит, пневмония, аспирационный дистресс-синдром, синдром дыхательной недостаточности, отмечалось у 27% новорожденных. Тимомегалия – у 10%, реже отмечалось (по 5%) поражение кожи (дерматит и т.д.) и ЛОР-патология (ринит, отит). У 3,3% новорожденных ВПС и хромосомные заболевания. Меньше всего по 1,6% - с поражением глаз и МВС.

Вычисление отношения шансов (OR) наличия патологического воздействия проведено среди новорожденных с ВУИ и среди контрольных наблюдений (табл. 1).

Таблица 1

Отношение шансов наличия патологического воздействия среди новорожденных с ВУИ и здоровыми новорожденными

Признаки	Новорожденные				ОШ (OR)
	Диагностировано ВУИ (n=59)		Контрольная группа (n=31)		
	да	нет	да	нет	
Маловодие	11,8%	88,2%	3,3%	96,7%	<b>3,9</b>
ОРВИ у матери	54,2%	45,8%	19,3%	81,7%	<b>4,9</b>
Гипертермия у матери	31%	69%	3,3%	96,7%	<b>13</b>
Искусственное родоразрешение. Кесарево сечение.	13,5%	86,5%	6,4%	93,5%	<b>2,3</b>
По полу – мальчики	68%	32%	48%	52%	<b>2,3</b>
Недоношенность	16,9%	82,1%	3,3%	96,7%	<b>5,9</b>
Новорожденные, получившие лечение в ОРН	19%	81%	3,3%	96,7%	<b>6,8</b>
Городские жители	97%	3%	87%	13%	<b>4,8</b>

Таким образом, риск развития внутриутробной инфекции у новорожденных повышается в 13 раз, если у матери во время беременности отмечалась гипертермия, в 3,9 раз – если диагностировано маловодие, в 4,9 раз – при перенесенной ОРВИ матерью, в 2 раза повышается при родоразрешении путем кесарево сечения. Среди новорожденных риск развития ВУИ в 2 раза выше – у мальчиков, чем у девочек, в 4,8 раз чаще у рожденных в городе, в 5,9 раз чаще у недоношенных, в 6,8 раз чаще у новорожденных, которые нуждались в реанимационной помощи при поступлении.

По наиболее часто встречаемым признакам у матери и у ребенка, проведены вычисления (таб. №2) чувствительности (Se) и специфичности (Sp).

Таблица 2

Чувствительность и специфичность признаков у новорожденных с ВУИ

№	Признаки	Se	Sp
1	Гипертензия у матери	2%	<b>97%</b>
2	III-V беременность	12%	<b>91%</b>
3	Родоразрешение путем кесарево сечения	13,5%	<b>93,6%</b>
4	Течение ОРВИ при беременности	<b>54,9%</b>	<b>80,7%</b>
5	С повышением температуры при беременности	31%	<b>96%</b>
6	Городские жители	<b>97%</b>	13%
7	Анемия при беременности	37,2%	<b>64,6%</b>
8	Маловодие при беременности	11,8%	<b>96,7%</b>
9	Наличие мед. аборт в анамнезе матери	15,2%	<b>81%</b>
10	Наличие выкидышей в анамнезе матери	10%	<b>81%</b>
11	Госпитализация в поздний неонатальный период	<b>83%</b>	<b>96%</b>
12	Необходимость в реанимационной помощи	19%	<b>97%</b>
13	По половой принадлежности – мальчики	<b>68%</b>	52%

Как видно из таблицы 2, риск развития ВУИ **выше** – у мальчиков, по сравнению с девочками, у новорожденных, с более тяжелым течением болезни, а также у госпитализированных в позднем сроке и родившихся в городе, также у новорожденных, матери которых перенесли ОРВИ во время беременности.

При наличии высокоспецифичных признаков (Sp) у матери таких как, третья и более по счету беременность, наличие медицинских аборт и выкидышей в анамнезе, течение беременности с гипертензией, с ОРВИ с гипертермией, с маловодием и анемией, также родоразрешение путем кесарево сечения, госпитализация в поздние сроки и необходимость в реанимационной помощи (по тяжести состояния на момент поступления) – **повышает возможность распознать и своевременно диагностировать ВУИ у новорожденных.**

При рассмотрении всех признаков (таб. №3), наиболее диагностически значимым признаком у новорожденных с ВУИ является госпитализация в поздние сроки и указание в анамнезе матери о перенесенной ОРВИ с гипертермией во время беременности.

## Диагностическая эффективность признаков у новорожденных с ВУИ

№	Диагностическая эффективность	
	признаки	показатели
1	Ранний неонатальный период	0,1
2	Поздний неонатальный период	<b>0,89</b>
3	Гипертензия у женщины	0,49
4	Роды путем кесарево сечения	0,53
5	III-V и более беременность	0,51
6	Городские жители	0,55
7	Наличие маловодия у женщины	0,54
8	Наличие анемии у женщины	0,5
9	<b>ОРВИ при беременности</b>	<b>0,67</b>
10	<b>Гипертермия при беременности</b>	<b>0,64</b>
11	Недоношенность	0,56

**Выводы:**

1. В структуре заболеваемости ВУИ у новорожденных, наиболее высокий коэффициент встречаемости отмечался при ВПГ – 86% и при ЦМВ-инфекции 85%.
2. Риск развития ВУИ у новорожденных повышается у женщин, во время беременности которых отмечалась ОРВИ с гипертермией, маловодие, анемия и родоразрешение путем кесарево сечения. Среди новорожденных риск развития ВУИ выше у мальчиков, чем у девочек, а также у недоношенных и у новорожденных, госпитализированных в ОРН при поступлении.
3. По данным клинических проявлений, наиболее выражены симптомы поражения органов пищеварения – 86%, далее ЦНС – 42,3% и реже респираторной системы – 27%.
4. ВУИ новорожденных диагностирован чаще у мальчиков, чем у девочек, у новорожденных, родившихся в городе, также у госпитализированных в поздний неонатальный период, матери которых перенесли ОРВИ во время беременности.
5. Перенесенные в анамнезе медицинские аборт и выкидыши, третья и последующая беременность по счету, а также маловодие и анемия, гипертензия, течение ОРВИ с гипертермией у женщин во время беременности и родоразрешение путем кесарево сечения, госпитализация новорожденного в поздние сроки и необходимость в реанимационной помощи (по тяжести состояния на момент поступления) – повышает возможность распознать и своевременно диагностировать ВУИ у новорожденных.

**Литература**

1. Фризе К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных /К. Фризе, В. Кахель; пер. с нем. А.В. Разанова. - М.: Медицина, - 2003. – 423 стр.
2. Лысенко И.М., Косенкова Е.Г. Современные принципы диагностики внутриутробных инфекций у детей / Педиатрия 2014. – 70 с.
3. Наговицына Е.Б., Власова М.А., Ивахнишина Н.М., Супрун С.В., Дудукалов С.Г., Каргин В.П. Результаты диагностики внутриутробных и перинатальных инфекций у недоношенных маловесных детей /Бюллетень выпуск 54, 2014. – 87 с.
4. Евсюкова М.И., Фоменко Б.А., Андреева А.А., Ковальчук-Ковалевская О.В., Додхоев Д.С., Кянксеп А.Н., Третьякова М.Б. Особенности адаптации новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития /Оригинальные исследования 2003. – 23 с.
5. Васильев В.В. Врожденные инфекции в практике семейного врача. Российский семейный врач. 2013/Т. 17 (1): 16-27.
6. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей Российской ассоциации перинатологов: методические рекомендации. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ; 2002: 104.
7. Санталова Г. В., Гасилина Е. С. Инфекции простого герпеса у детей (диагностика, подходы к терапии):
8. Учебн. пособие для системы послевузовского образования врачей. Самара: ГОУ ВПО «Сам ГМУ»; 2010.
9. Корнева М.Ю. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей / М.Ю. Корнева, Н.А. Коровина, А.Л. Заплатников и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2005. – №2. – С. 48-52.
10. Кельмансон И.А. Признаки доказательной педиатрии. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004, - 240 с.

## ТУБЕРКУЛИН В РАЗВИТИИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ

Жапаралиева А.Ж., научн. руководитель – С.М. Маматов

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Жапаралиева А.Ж. – клинический ординатор 1-го года обучения

**Актуальность.** Туберкулин не является полноценным антигеном и на его введение не вырабатывается антительный иммунный ответ. Однако есть случаи возникновения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) у детей после проведения пробы Манту [1,2].

**Целью нашего исследования** явилось изучение архивного материала детей с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой за десятилетний период и выявление среди них тромбоцитопении, ассоциированной с введением туберкулина.

**Материалы и методы исследования.** Изучены истории болезни 12 детей в возрасте от 3 до 13 лет (медиана возраста 6,2 года), у которых была диагностирована идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), совпадающая во временном интервале с введением туберкулина. ИТП у этих детей возникла на 4-20 дни от постановки пробы Манту (в среднем на 13-й день).

**Полученные результаты.** Клиническая картина ИТП характеризовалась геморрагическим синдромом разной степени выраженности, которая была представлена у 75% детей кожными проявлениями в виде петехии, экхимоз и гематомы. У 3 детей отмечались носовые и десневые кровотечения, то есть имела место "влажная пурпура". В анамнезе у 83% детей имели место "отягчающие обстоятельства": аллергические заболевания в виде атопического дерматита и пищевой аллергии отмечены у 3 больных, полиноз – у 1 ребенка и еще у одного – хронический тонзилит. У 2 детей в анамнезе имелась инфекция мочевыводящих путей (хронический пиелонефрит и цистит).

Анализ проведенного лечения показало, что 8 детям с ИТП была назначена кортикостероидная терапия (преднизолон в дозе 2 мг/кг курсом 2-3 недели с постепенной отменой), четверым – симптоматическая терапия. В группе больных, получавших кортикостероидную терапию (8 детей), полная клинико-лабораторная ремиссия была отмечена у 7 больных (87,5%) и только у одного ребенка ИТП приняла хроническое течение. В группе больных, находившихся на симптоматической терапии (4 детей), процент выздоровления составил 50%, а у 2 из 4 больных наступила хронизация заболевания.

### Выводы:

1. Введение туберкулина и следующие за этим реакции в организме могут быть причиной развития ИТП у детей. Туберкулин в данном случае выступает в роли антигена. Безусловно, полученные нами данные требуют дальнейшего углубленного изучения этой проблемы.
2. В тактике терапии таких больных предпочтение следует отдавать кортикостероидной терапии, которая позволяет достигнуть значительно большего процента клинико-лабораторной ремиссии, чем при симптоматическом лечении.

### Литература:

1. Петров В.Ю., Проба Манту как провоцирующий фактор развития идиопатической тромбоцитопенической пурпуры у детей //Плахута Т.Г., Сосков Г.И./ Сб. научных работ по актуальным вопросам педиатрии. РГМУ. - Москва, 2003. - С. 34-37.
2. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: controlling tuberculosis in the United States. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2005. – 172 (9). – P. 1169-227.

## ОСТРАЯ ФОРМА ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ У ДЕТЕЙ – КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ

Садыкбек кызы Асель, Канат кызы Базира

Научн. руководитель – Маматов С.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Садыкбек кызы Асель – ассистент кафедры госпитальной терапии

**Актуальность.** В литературе последних лет участились сообщения о влиянии вакцинных препаратов в развитии тромбоцитопенической пурпуры у детей [1,2]. Именно поэтому нами принята попытка изучения этиологических факторов в развитии острой формы идиопатической тромбоцитопенической пурпуры (ИТП) у детей нашей республики и предпринятых подходов к их лечению.

**Материал и методы исследования.** Всего изучены истории болезни 452 детей в возрасте от 1 года до 15 лет с различными вариантами острой формы ИТП. Среди них было выделено 40 детей с вакциноиндуцированной ИТП. При распределении по полу, мальчики составили 21 ребенок (52,5%), девочки – 19 (47,5%).

**Полученные результаты.** Развитие острой формы ИТП было отмечено у 11 (27,5%) детей после вакцинации против краснухи, у 10 (25%) – после АКДС (АДС), у 8 (20%) – после вакцинации против гриппа, у 6 (15%) – на фоне противокоревой вакцины, у 4 (10%) – после вакцинации против эпидемического паротита и у одного ребенка (2,5%) после ревакцинации БЦЖ-вакциной. У 40% детей ИТП возникала в возрасте от 1 года до 3 лет, практически с одинаковой частотой заболевание было отмечено у детей 4-6 и 12-15 лет (в 25% и 25% случаев соответственно). Значительно реже (у 10% детей) острой формой ИТП болели дети 7-11 лет. В лечении были выделены две схемы терапии. Первая из них заключалась в назначении кортикостероидных гормонов (преднизолон или метипред в дозе 2-3 мг/кг курсом 2-3 недели с постепенной отменой или переводом на прерывистый курс), которая была применена у 27 детей. Вторая схема – это воздержание от гормональной терапии и назначение симптоматического лечения (дицинон, этамзилат, аминокaproновая кислота и компонентная гемотерапия), такое лечение было назначено остальным 13 детям. Изучение сравнительной эффективности этих методов показало, что из 27 детей, получавших кортикостероидную терапию, выздоровление наступило у 21 ребенка, что составило 77% детей. Из 13 детей со второй схемой лечения выздоровление отмечено только у 5 из них (38%).

### Выводы.

1. Вакцинные штаммы управляемых инфекций являются значимыми этиопатогенетическими факторами развития острой формы тромбоцитопенической пурпуры у детей.
2. При выборе лечения вакциноиндуцированной тромбоцитопении у детей, предпочтение следует отдавать кортикостероидной терапии.

### Литература.

1. Петров В.Ю. Вакциноиндуцированная острая тромбоцитопеническая пурпура у детей. / Петров В.Ю., Сосков Г.И., Агеев Э.В., Лаврентьева Н.Н. // Вопросы современной педиатрии. Материалы IX Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». - Москва, 2004 г., т. 3, приложение №1. - С. 324-325.
2. Blanchette V, Bolton-Maggs P. Childhood Immune Thrombocytopenic Purpura: Diagnosis and Management. / Blanchette V, Bolton-Maggs P. // *Pediatr. Clin. N. Am.*, 2008. - №55. – P. 393-420.

## СЕКЦИЯ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН

### СТАНОВЛЕНИЕ ВРАЧА КАК ЛИЧНОСТИ

Сатыбалдиева Р.А., Калилова А.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра философии и общественных наук  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Сколько усилий нужно вложить человеку, чтобы добиться нечто большего, чтобы выделяться среди таких же интеллектуальных людей, как и ты? В этой статье мы рассмотрим становление врача как личности и попробуем ответить на вопросы о сильных личностях на примере выдающегося хирурга, общественного деятеля, действительного члена Национальной Академии наук Кыргызстана – Мамакеева Мамбета Мамакеевича.

**Ключевые слова:** врач, желчнокаменная болезнь, личность, хирург.

### ВРАЧТЫН ИНСАН БОЛУП КАЛЫПТАНЫШЫ

Сатыбалдиева Р.А., Калилова А.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Коомдо өзүнүн интеллектеги жогорку адам дароо эле көзгө илинет. Анын күчтүү «инсан» болуп калыптанышына бир ганча факторлор таасир этет. Мына ушундай факторлордун баарын бул макалада, врачтын инсан болуп калыптанышына үлгү болгон кыргыз медицинасындагы «улуу инсан» Мамбет Мамакеев жөнүндө баяндалат.

**Негизги создор :** дарыгер, өттөгү таш оруусу, инсан, хирург.

### BECOMING A DOCTOR AS A PERSON

Satybaldieva R.A., Kalilova A.T.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Department of Philosophy and Social Sciences  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** How much effort do you need to invest to achieve something more to stand out among the same intellectual people as you? In this article we will consider the formation of a physician as a person and try to answer questions about strong personalities by the example of an outstanding surgeon, public figure, full member of the National Academy of Sciences of Kyrgyzstan - Mamakeev Mamtek Mamakeevich.

**Keywords:** doctor, cholelithiasis, personality, surgeon.

Каждый день на свет появляются множество индивидов, которые впоследствии станут личностью. Те, у кого все впереди, те, кто будет страстно желать быть лучшим. Но и среди этих “первооткрывателей” найдутся те, кто будет выше, сильнее. Тот, кто будет впереди, не смотря на все преграды. Это именно те люди, которые сделают все, чтобы их мечта осуществилась. Про них будет говорить весь мир. Люди-легенды, сильнейшие завоеватели. И так, что же влияет на становление таких личностей? Обстоятельство, воспитание или же страстное желание совершенствоваться? Миллионы людей поступают в высшие заведения, различные секции, кружки, консерватории. И каждый приходит туда с определенной целью : быть лучше, чем сейчас, улучшать навыки, учиться новому. Ведь они знают, что любые навыки важны. Самое главное: каждый уверен, что именно он выделится из этой “серой массы”, сделает то, “ради чего и был рожден”. А в действительности все складывается немного иначе. Человек страстно желая быть лучшим и не осознает, что быть лучшим во всем невозможно ровно также как и невозможно быть лучшим среди тех, у кого те же стремления и грезы. Знаменитый писатель Марк Твен говорил “ Два дня в твоей жизни самые важные: день, когда ты родился и день, когда ты понял, зачем”. Вот где кроется ответ на выше поставленный вопрос. Я согласна с этим высказыванием, ведь если человек поставил перед собой цель, он будет стремиться к ней, и когда-нибудь и он исполнит свою мечту. Человек не может быть идеальным во всем, но он может быть лучшим в одном деле. Я хочу продемонстрировать такую личность на примере величайшего ученого, одного из самых востребованных врачей – Мамакеева Мамбета Мамакеевича.

Мамбет Мамакеевич родился в 1927 году в селе Кереги-Таш Ак-Суйского района, Иссык-Кульской области в крестьянской семье. Детские годы у него были полны приключений. В это время в Кыргызстане была гражданская война, каждый выживал как мог. Мать Мамбета Мамакеева родила 17 детей, но по обстоятельствам выжили всего трое. С ранних лет маленький Мамбет был энергичным, любопытным, чувствительным ребенком, который старался помочь родителям в обеспечении семьи. В стране проходил процесс коллективизации и его родня присоединилась в колхоз. Он видел множество несчастий, нелепых ситуаций, в принципе, как и все другие дети, жившие в то время. Видал как умирали люди, как болезнь охватывала с несокрушимой скоростью односельчан. Однажды он присутствовал на родах. Как позднее вспомнит Мамбет Мамакеевич, весь процесс происходил в сарае, женщина плакала от боли, роды принимал его отец, а он сам пытался помочь, белая то за водой, то за полотенцем. Это был не первый шок, который с уверенностью он перешагнул, как будто дети и должны были помочь. После очередных смертей он и решил стать врачом, в нем загорелось желание. С каждым днем он наблюдал, как бессилён человек перед болью, смертью. После он с уверенностью заявил, что хочет спасти жизни.

Шли годы, он много трудился, чтобы его мечта сбылась. Но понимал, что без средств он не сможет ни поехать во Фрунзе, ни обучаться. И тогда председатель колхоза Касымбай Токоев выделил ему немного зерна и сена, за отличную работу в колхозе. После он обменял их на рубашку и штаны. Во время войны были эвакуированы в Кыргызстан многие профессора и ученые, поэтому образовался сильный состав процессоров в КГМА. И вот нам юный Мамбет сделал первый шаг к исполнению его мечты. С самых первых дней его подвел языковой барьер, так как в основном в этом заведении занятия проходили на русском языке. И ему, и его товарищам, приехавшим из отдаленных районов, было тяжело учиться. Ведь в медицине – главное не просто зубрежка, но и понимание всей ситуации, каждая мелочь важна. И тогда Мамбет Мамакеев повел своих сокурсников к доценту кафедры хирургии – Исе Коноевичу Ахунбаеву. Вникнув в суть дела, он направил их на подготовительные курсы, где Мамбет Мамакеевич за несколько месяцев учился азам русского языка. Каждый, кто поступил в КГМА, отдал многое, чтобы только обучаться у таких знаменитых преподавателей, они перебороли себя, сломали преграды. Студент Мамакеев старался не пропускать занятия, учился прилежно, старался запоминать больше информации, однако ему учеба давалась тяжело. Ведь в стране на тот период, не хватало учителей на периферии, да и все детство Мамбет Мамакеевич пытался помочь родителям прокормить семью. Дети в то время рано взрослели, у них не было времени постигать азам науки, было просто не до этого, в 10 лет мальчик уже становился полноценным кормильщиком огромной семьи, на кону было нечто большее – выживание, труд ради страны.

Товарищи, окружавшие студента Мамакеева, очень дорожили его прямоотой, уверенностью, стремлением учиться. Так на третьем курсе он с уверенностью заявил, вдохновившись кафедрой хирургии, что присоединится к этим отважным людям. В то время ему лекции читал профессор Иса Ахунбаев, Мамбет Мамакеев прислушивался к каждому слову лектора, пытался извлечь для себя как можно больше знаний, навыков. Как позднее вспоминает Мамакеев, днями напролет он мог читать, как говорится “погрузиться головой в учебу”. В пятом курсе он впервые посетил кафедру неотложной хирургии, которым заведовал доктор медицинских наук, профессор Максим Ефимович Фридман.

В клинической ординатуре Мамбет Мамакеев с усердием, со страстным желанием быть достойным специалистом своего дела, учился. Окружающие недолюбливали его, может потому что сильные личности не терпят конкурентов. Но у аспиранта Мамакеева было то, чего не было у других: страсти, азарта к медицине. Он каждый день находился в клинике, принимал больных, ассистировал на многочисленных операциях. Все видели насколько в нем загорелось желание и стремление к этому роду занятия, но доверять самостоятельные операции ему никто и не собирался. После стольких лет ожиданий, Мамакеев решил, что достоин сделать операцию и настойчиво просил Фридмана, чтобы тот дал ему шанс. Так и случилось, первая операция в области брюшной полости прошла успешно. Через полтора года клинической ординатуры, Мамбет Мамакеев сделал многочисленные операции при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Затем перевелся в Туюпскую районную больницу, где за короткое время, проработав там главным хирургом, сделал различные операции. Его знали как человека, который способен с быстротой вырезать аппендицит трем пациентам, в то время как другой врач с трудом оперировал только одного. Многие завидовали, многие недолюбливали его за прямооту, вспыльчивость, считая, что он не достоин работать в госпитальной хирургии. Но это лишь закалило его характер, стремление быть лучше, чем они. После окончания аспирантуры в 1957 году, Мамбета Мамакеева взял на работу Фридман, его учитель, видя в нем амбициозность, талант. И на этой работе он отличился усердием, энергичностью, страстью к хирургии.

Он проделал сотни блестящих операций, и вскоре имя молодого хирурга постепенно приобретало известность.

В 60-е годы активно росло число образованных личностей в нашей стране, быть врачом - это пусть всей жизни, учебники, практика, теория, и так все годы подряд. Хочешь быть специалистом в своем деле? Тогда нужно с каждым годом узнавать, изучать все пункты врачевания. Такого же мнения был и Мамбет Мамакеевич, и устроился работать плечом к плечу с известным на тот период, лучшим специалистом торакальной хирургии – профессором А. Цулцкидзе. И здесь Мамакеев отличился своим стремлением познать способы лечения, симптомы туберкулеза, в будущем, знания эти принесут ему множество пользы. Параллельно практике, амбициозный врач Мамакеев работал над докторской диссертацией. С темой он не определился до тех пор, пока его научный руководитель Максим Ефимович Фридман не посоветовал ему разработать методы диагностики и вопросы лечения острого холецистита и осложненной желчнокаменной болезни. После успешного написания, Мамбет Мамакеев серьезно увлекся изучением различных заболеваний.

В 1925-х годах появляются первые хирургические школы, в которых остро стоя вопрос о желчнокаменных болезнях. Ученые разделились на два лагеря, те, кто настаивал на операции, и те, кто говорили, что хирургическое вмешательство только навредит пациентам с таким диагнозом. Диссертация Мамакеева напрямую касалась этих вопросов. И так, он писал, что больные с желчнокаменной болезнью должны быть немедленно госпитализированы. Больные с острым холециститом должны быть осмотрены в любое время.

После успешной защиты докторской диссертации на тему: «Хирургическое лечение острого холецистита и осложнений желчнокаменной болезни» в 1970 году, Мамбет Мамакеев успешно продолжал трудиться на поприще хирургии. За годы упорной работы и проведения различных операций, исследований вырос и авторитет Мамакеева. О нем говорили как о талантливом и успешном ученом, хирургом. В 1972 году он получил звание профессора кафедры госпитальной хирургии Кыргызского Государственного медицинского института. А спустя несколько лет он становится заведующим этой кафедрой. В этот период активно начинают создаваться школы общих и неотложных хирургов Кыргызстана. Под руководством теперь уже профессора Мамакеева проводится ряд реформ, которые направлены на улучшение подготовки врачей, педагогов, проводится двухгодичная специализация. Проводится ряд реформ предназначенных именно для развития хирургов неотложной медицины. В то же время Мамбет Мамакеевич успешно проводит ряд сложных операций. Порой он решался оперировать самых безнадежных больных, не имея, казалось бы, никаких шансов на успех. В 1976 году к Мамакееву обратилась женщина с осложненной желчнокаменной болезнью и язвой, острой кишечной непроходимостью, острым аппендицитом и панкреатитом, проникающих в область грудной и брюшной полости. В других клиниках отказались проводить операцию, ссылаясь на то, что пациент может умереть в ходе хирургического вмешательства. Мамакеев без сомнений решил оперировать. Операция прошла успешно.

Мамакеев говорил: «Профессия хирурга очень сурова по своей природе, поскольку она связана с травмой, кровью и болью. Чтобы не усугублять эту боль, хирург должен быть с больными предельно чутким, заботливым и внимательным». За отличную деятельность в 1973 году ему вручили звание “Заслуженного врача Кыргызской ССР”, в 1987 году получил звание “Заслуженного Деятели науки Кыргызской ССР”. А в 1993 году – действительным членом Национальной Академии наук Кыргызской Республики. Мамбет Мамакеев уникальный человек, который сделал для медицины многое, он поднял неотложную хирургию на новый уровень.

Амбициозность, желание быть лучшим, стремление работать над собой – вот что объединяет Мамбета Мамакеевича со многими выдающимися людьми. Они готовы отдать всего себя, готовы не есть днями, лишь бы получить навыки, знания. Он не простая личность, в каждом из подобных людей имеются свои изъяны, свои недостатки, но все корректирует опыт и практика. Какая разница откуда ты приехал, как жил раньше, кого обидел, если ты лучший в своей деятельности. Какая разница, кто и что думает о тебе, когда ты превзошел в том, чего ты так страстно желал и к чему стремишься все эти долгие, тяжелые, бессонные годы. Амбиции, в некоторых случаях и наглость, темперамент заставляет их идти дальше, не останавливаться на достигнутом. Разве Мамбет Мамакеев не является выдающейся личностью? Он воплощение идеальной модели трудоголика. Один из тех, кто не просто хотел, мечтал, но и боролся за свой лучик в пасмурную погоду. Вот таких людей мы должны ставить в пример молодому поколению. Он определил новые границы возможного. А мы те, кто только шагает в медицину, должны уметь расставлять приоритеты, должны обрести навыки, чтобы не отставать от тех, кто уже указал нам путь.

**Список литературы:**

1. Сааданбеков Жумагул: «Патриарх» Кыргызской медицины». - Бишкек, 2017 г.
2. 70 лет Кыргызской Государственной Медицинской Академии им И.К. Ахунбаева / «Воспоминания ветеранов// Академик М. Мамакеевдин эскерүүсү. - Бишкек, 2009 г., стр. 216-221.
3. Мамакеев М.М. «Хирургическое лечение острого холецистита». - Фрунзе, «Кыргызыстан», 1971. - 308.

**ЧЕРЕЗ ТЕРНИИ К ВЫСОКОМУ ПОЛОЖЕНИЮ: РОЛЬ ЖЕНЩИН В МЕДИЦИНЕ**

**М.М. Абдыбачаева, Г.М. Муканбеткеримова, Ч.С. Усупова**  
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра философии и общественных наук  
г.Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Быть женщиной, растить детей, хранить семейный очаг – это дар. Быть врачом – это великий подвиг. Быть женщиной-врачом и преуспевать во всём – это нонсенс, скажете вы, но нет ничего невозможного, как и доказали нам героини этой статьи.

**Ключевые слова:** женщины, медицина, семья, история, успех

**КЫЙЫНЧЫЛЫКТАР АРАСЫНАН ЖОГОРКУ КЫЗМАТ АБАЛЫНА:  
МЕДИЦИНАДА АЯЛ КИШИНИН ОРДУ**

**М.М. Абдыбачаева, Г.М. Муканбеткеримова, Ч.С. Усупова**  
И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамалекеттик медициналык академиясы  
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы  
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Аял болуу, уул-кыз өстүрүү, үй-бүлө күтүү – бул чоң эмгек. Врач болуу – бул улуу эрдик. Аял кишинин врач болуп, чоң ийгиликке жетишүү – бул – нонсенс деп ойлойсузбу, бирок мүмкүн эмес эч нерсе жок, бул нерсени биздин статьянын каармандары далилдеп беришти.

**Негизги создор:** аялдар, медицина, үй-бүлөө, тарых, ийгилик.

**THROUGH THE TERRES TO THE HIGH POSITION: THE ROLE OF WOMEN IN MEDICINE**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Department of Philosophy and Social Sciences  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** Being a woman, raising children, keeping a family hearth is a gift. Being a doctor is a great feat. To be a woman doctor and to succeed in everything is nonsense, you will say, but nothing is impossible, just as the heroine of this article have proved to us.

**Keywords:** women, medicine, family, history, success

*Нет триумфа без потерь.  
Нет победы без страданий.  
Нет свободы без жертв.*

Ежегодно в Кыргызской Республике (КР) выпускается более тысячи врачей различных специальностей. Все они осознанно встали на этот нелёгкий путь, ведь быть врачом сегодня тяжело: постоянное недопонимание общества, ненормированный график, низкая заработная плата и масса других специфических проблем, характерных для этой профессии. Несмотря на это, число представительниц «слабого» пола значительно превалирует над числом представителей «сильного», хотя когда-то было наоборот...

История медицины корнями уходит далеко за тысячелетия до нашей эры. Уже в то время люди знали о целебных свойствах некоторых растений, с успехом использовали их в обрядах для омоложения и оздоровления. Тогда медицина имела более мистический характер: всё объяснялось сверхъестественными силами. Со временем, мировоззрение людей стало меняться, а вместе с ним и отношение к медицине. К примеру, в некоторых государствах врачевать имели право только мужчины, женщины же, которые занимались тем же, несправедливо были названы ведьмами.

Помимо всего вышеизложенного, существует масса других стереотипов относительно женщин в медицине. Так, например, в 1850-году в «Boston Journal» было опубликовано: «Руки женщины созданы для рукоделия, а не для скальпеля». Если заострять внимание на этой цитате, то женщин в те

времена воспринимали как предмет быта, лишённый права голоса, как хранителя семейного очага, но не как образованную сильную натуру, способную работать и обеспечивать дом всем необходимым. С наступлением новой эры технологий и инноваций, увы, мало что изменилось: пробиться хрупким натурам к месту под солнцем всё также сложно, а некоторые и вовсе считают абсурдным сам факт, что женщины могут лечить людей, о чем повествуется в юмористическом высказывании нашего современника: «Гомосексуалисты в армии. Дети на работе. Рыбы на суше. Женщины в медицине». Но если бы это когда-нибудь останавливало прекрасных дам, то мир возможно бы не узнал о механизме эмбриогенеза, не нашел бы лекарства от малярии и герпеса, не узнал бы о воздействии радиации на раковые клетки. Ведь эти и многие другие открытия и изобретения были разработаны женщинами, которые посвятили свою жизнь науке, пожертвовав своим здоровьем, возможностью растить детей, своим счастьем. Так, к примеру, Маргарет Энн Балкли, первая в мире женщина-хирург, чтобы иметь возможность получить медицинское образование и лечить людей, скрывалась за мужским именем Джеймса Бэрроу. Что удивительно, свою тайну Балкли сумела сохранить до самой смерти.

Все изменилось в конце IX в., когда женщины обрели право учиться на врача наравне с мужчинами. Элизабет Блэкуэлл – первая дипломированная женщина в мире в области медицины. Существует поверие, что руководство учебного заведения ради шутки провело опрос среди учащихся студентов на тему того, хотели бы они, чтобы с ними училась такая девушка, как Блэкуэлл, или нет. Итоги были ошеломительными, в результате чего Элизабет поступила в училище, но межполовая дискриминация часто давала о себе знать. Как-то раз девушку попросили покинуть лекцию о половом размножении, основываясь на доводах, что нежную женскую психику необходимо беречь от нежелательного влияния, но маленькая, хрупкая Элизабет сумела отстоять своё право присутствовать на лекции наравне со всеми.[1]

В число таких же сильных духом женщин входит и первая женщина-хирург в Средней Азии, доктор медицинских наук, профессор Рыскулова Какиш Рыскуловна. Проходя путь от молодой медсестры до заведующей кафедрой факультетской хирургии, Какиш Рыскулова преодолевала множество препятствий, тем самым закаляя себя все больше и больше. Она является автором более 250 научных работ, на основе собственных исследований. По её статьям внесли 50 внедрений и 6 изобретений в практическую медицину. Научные интересы К.Р. Рыскуловой разносторонни, они посвящены различным вопросам онкологии, нейрохирургии, травматологии, сосудистой хирургии, ортопедии и гастроэнтерологии.[2]

Не меньшего восхищения заслуживает академик Национальной Академии Наук Киргизской Республики (НАН КР), доктор медицинских наук, профессор Нанаева Мария Токтогуловна – заслуженный врач Кыргызской Республики, высококвалифицированный педагог, основатель школы фармакологии в КГМА, которую возглавляла в течение 36-лет. Она является обладателем государственных наград, автором 5 монографий и более 80-ти учебно-методических рекомендаций для студентов медицинских ВУЗ. В 2017-году отметила свое 90-летний юбилей. В настоящее время активно участвует в подготовке научных кадров в рамках работы Диссертационного совета по фармакологии и клинической фармакологии.[3]

О следующем человеке невозможно говорить без теплоты на душе. Заслуженный врач-педиатр, доктор медицинских наук – Покровская Татьяна Ивановна, которой благодарны тысячи матерей, чьим деткам она спасла жизни. Всегда добрая, приветливая, она проработала десятки лет в 3-городской детской больнице, преподавала студентам медицинского института и при этом была прекрасным человеком с большим сердцем. Её научные работы были посвящены лечению туберкулезного менингита и его последствий у детей до 14 лет.[4]

Много хороших слов хочется сказать о Сыдыковой Анаре Бектемировне: одной из основоположников инфектологии. Внесла большой вклад в изучение инфекционных заболеваний в нашей республике, ее диссертационная работа посвящена в изучению особенностей течения паратифозных заболеваний в КР. Она обучила многих нынешних успешных врачей. Значительная заслуга ее в развитие кыргызского языка в медицине, так она перевела многие методологические пособия по инфекционным заболеваниям («Избранные инфекционные заболевания», «Острые кишечные инфекции», «Риккетсиозы») которые используются до сегодняшнего времени для обучения студентов и врачами инфекционистами в практической деятельности.

А напоследок история об одной самоотверженной, бойкой девушке, которая, будучи ещё студентом 5-го курса в медицинском институте, добровольно отправилась на горные участки республики, где обнаруживались очаги бубонной чумы. Молодая девушка была награждена за усердие в предотвращении эпидемии. Речь идёт о родной сестре Татьяны Ивановны, Нине Ивановны Покровской. В возрасте 25-ти лет, Нина Ивановна и другие врачи, были посланы устранить эпидемию сып-

ного тифа, которая возникла вблизи г. Каракол. Одного из больных ей пришлось взять в райцентр, перевоза его рядом с собой, в результате чего, она заразилась от больного и вскоре умерла.

**Вывод:** Всё это лишь песчинки в бескрайних пустынях по-настоящему терпеливых и выдающихся женщин-врачей, которые внесли свою лепту в отечественную медицину собственными работами, открытиями и изобретениями. Некоторые из их методов лечения и диагностики применяются и по сей день.

#### **Литература:**

1. *Пять самых известных женщин-врачей [электронный ресурс] //pda.alt.kp.ru/daily*
2. *Садьков Т.Т. Кто-то калечит, а они лечат: 10 выдающихся врачей Кыргызстана [электронный ресурс]//news.rambler.ru/science/37294625/?utm\_content=rnews&utm\_medium=read\_more&utm\_source=copylink*
3. *[электронный ресурс] <https://www.naskr.kg/index>*
4. *Мешкова Е.В. Ей благодарны тысячи матерей [электронный ресурс]//slovo.kg/p*

#### **К 45-летию курса усовершенствования врачей по специальности анестезиология и реаниматология**

**ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ  
КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ  
КЫРГЫЗСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА  
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**  
Шерова А.А.<sup>1</sup>, Молдоташова А.К.<sup>1</sup>, Касымов М.М.<sup>1</sup>, Толбашиева Г.У.<sup>2</sup>, Акимов М.М.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации  
<sup>2</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

**Резюме:** Статья об истории становления службы анестезиологии и реаниматологии в Кыргызской Республике.

**Ключевые слова:** анестезиология и реаниматология, усовершенствования врачей, переподготовка.

**КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК КАЙРА ДАЯРДОО ЖАНА АДИСИКТИ ЖОГОРУЛАТУУ  
МЕДИЦИНАЛЫК ИНСТИТУТУНУН АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ЖАНА  
КАЙРА ЖАНДАНДЫРУУ КАФЕДРАСЫНЫН ТАРЫХЫ**  
Шерова А.А.<sup>1</sup>, Молдоташова А.К.<sup>1</sup>, Касымов М.М.<sup>1</sup>, Толбашиева Г.У.<sup>2</sup>, Акимов М.М.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу медициналык институту  
<sup>2</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргызстан мамлекеттик медициналык академиясы

**Корутунду:** Макала Кыргыз Республикасынын анестезиология жана кайра жандандыруу адиситигинин тарыхий өөрчүшү жөнүндө жазылат.

**Негизги создор:** анестезиология жана кайра жандандыруу, дарыгердик адистикти жогорулатуу, кайра даярдоо.

**HISTORY OF CREATING AND FORMATION OF ANESTHESIOLOGY AND REANIMATOLOGY OF THE KYRGYZ STATE MEDICAL INSTITUTE OF RETRAINING AND IMPROVING QUALIFICATION**

Sherova A.A.<sup>1</sup>, Moldotashova A.K.<sup>1</sup>, Kasymov M.M.<sup>1</sup>, Tolbashieva G.U.<sup>2</sup>, Akimov M.M.<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Kyrgyz state medical institute of retraining and improving qualification  
<sup>2</sup> Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

**Resume:** An article about the history of the formation of the service of anesthesiology and resuscitation in the Kyrgyz Republic.

**Key words:** anesthesiology and resuscitation, improvements in physicians, retraining.

Прошло 45 лет с того момента как в 1973 году при Центральной научно-исследовательской лаборатории Кыргызского государственного медицинского института был организован доцентский

курс усовершенствования врачей по специальности анестезиология и реаниматология на базе клиники общей хирургии РКБ МЗ КР.

Необходимость в специализации врачей анестезиологов Кыргызстана послужила возникшая потребность хирургии в современных методах обезболивания и интенсивной терапии для внедрения сложнейших хирургических операций на различных органах (легких, сердце, ЖКТ, эндокринных органах, опорно-двигательного аппарата и др.).

Немного истории, предшествующей созданию специализированного курса по анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане.

Начало планомерного развития анестезиолого-реанимационной службы в бывшем Советском Союзе следует отнести к 1956 году – к моменту издания приказа МЗ СССР №139 от 9 июля 1956 г. и, дополнявшего его циркулярного письма № 01-23/12 от 8 сентября 1958 г., в соответствии с которым в стране были созданы первые анестезиологические отделения. В то время их организация была возможна только в крупных научно-исследовательских институтах и немногих лечебных учреждениях.

Следует отметить, что в конце 50-х и начале 60-х годов XX столетия хирурги РКБ МЗ КР Круглова Е.А., Бадалова И.П. и Филатова А.Б., темой своих научных работ избрали вопросы обезболивания. Сами они не стали анестезиологами, но своим трудом показали необходимость выделения специальных врачей, которые занимались бы вопросами защиты больных от боли во время операций.

Человеком, который дал толчок развитию анестезиологии в Кыргызстане был выдающийся хирург – академик И.К. Ахунбаев. Этому способствовало тесное сотрудничество с ведущим научным учреждением России – Институтом грудной хирургии АМН СССР, который возглавлял с 1955 по 1967 гг. крупнейший хирург, пионер сердечно-сосудистой хирургии, академик, президент АМН СССР (1953-1960) Александр Николаевич Бакулев. Кардиохирургия и современная анестезиология – две отрасли клинической медицины, которые возникли и развивались в Кыргызстане в одно время.

В 1958 году, по инициативе профессора И.К. Ахунбаева бригада врачей из клиники общей хирургии РКБ была командирована в Институт грудной хирургии АМН СССР (Москва) для освоения методов диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца (в том числе катетеризация полостей сердца), искусственного кровообращения, гипотермии, современного обезболивания и хирургического лечения кардиологических больных. В состав этой группы вошел хирург Михаил Григорьевич Фингер, на которого легла обязанность освоения современных методов анестезии. М.Г. Фингер стал первым врачом-анестезиологом в Кыргызстане, отдавшим много сил для организации и становления службы анестезиологии-реаниматологии в том числе и для создания учебной базы для подготовки врачей этой специальности [1].

К началу 1963 года, в Кыргызстане сформировались три базы на которых вскоре стала возможной первичная специализация врачей-анестезиологов и медсестер-анестезисток на рабочем месте. Это были: клиника общей хирургии РКБ МЗ КР, онкоинститут и тубинститут г. Фрунзе.

В 1963 году по инициативе Министерства здравоохранения Кыргызской республики в РКБ МЗ КР (главный врач Рафибеков С.Д.) было организовано первое отделение анестезиологии, состоящее из 3-х врачей (Ежов В.М., Шкурова Р.Ш., Косачевская Р.Ц.). Руководителем этого отделения был назначен Фингер Михаил Григорьевич.

М.Г. Фингером и его последователями началось освоение, внедрение в практику и совершенствование современных методов хирургического обезболивания. Пионерами новой профессии были врачи: В.М. Ежов, Р.Ш. Шукурова, Р.Ц. Косачевская, А.А. Шерова, В.И. Пестов, А.И. Шевчук, А.А. Ершов, А.Я. Кагарлицкий, В.И. Бреев, А.Ш. Шаршеев, Э.М. Герасимов, Э.Ф. Орехова, К.В. Татаренко, А.Г. Ганжа, А.А. Покровский и другие. Именно эти врачи внесли огромный вклад в дело воспитания первого поколения анестезиологов страны [2].

К 1968 году в Кыргызстане количество врачей анестезиологов увеличилось до 50, а медсестер до 117 человек. Все это позволило организовать службу анестезиологии и реаниматологии в 31 лечебно-профилактическом учреждении республики.

В 1966 г. М.Г. Фингер успешно защитил диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук по теме: «О значении артериальной гипертензии во время наркоза и операции». Это была первая научная работа в Кыргызстане выполненная врачом-анестезиологом и посвященная проблемам осложнений наркоза. В 1967 г. М.Г. Фингер был избран ассистентом, а в 1969 г. доцентом кафедры общей хирургии Киргизского государственного медицинского института по специальности анестезиология и реаниматология.

1969 год можно считать годом, когда в КГМИ появился первый доцент по анестезиологии (к.м.н. М.Г. Фингер) и с этого года студентам медицинского института стала преподаваться новая

наука – анестезиология и реаниматология врачом-профессионалом, имевшем к тому времени 10-летний опыт работы по специальности!

В эти годы, под руководством М.Г. Фингера, проводились научные работы анестезиологами А.А. Шеровой, Р.Ц. Косачевской, А.И. Шевчук, М.Е. Радзивиловской. Так А.А. Шерова занималась исследованием кислотно-щелочного состояния и свертывающей системы крови при алкогольно-новокаиновом наркозе. Результаты этой работы были доложены на первом заседании научного общества анестезиологов Кыргызстана, организованного в 1968 г. и опубликованы в материалах Второго Пленума Правления Всесоюзного общества анестезиологов-реаниматологов (Тбилиси 1968 г.). В этом же году (1968) анестезиологами-реаниматологами клиники общей хирургии в сборнике, изданном в честь 60-летнего Юбилея профессора И.К. Ахунбаева, было опубликовано 12 научных статей, посвященных актуальным проблемам: геморрагическому, травматическому шоку, проблемам искусственного кровообращения, острой дыхательной недостаточности, алкогольно-новокаиновому наркозу. В 1969 году анестезиологи клиники принимали активное участие в организации и работе анестезиологической секции Первого съезда хирургов Кыргызстана [3].

Развитию научных исследований по проблемам реанимации и анестезиологии в 60-х годах способствовали организованные И.К. Ахунбаевым совместно с профессором-патофизиологом Г.Л. Френкелем экспериментальные работы на собаках. Для этих целей в подвальном помещении клиники общей хирургии была развёрнута и оснащена необходимой аппаратурой операционная, где отрабатывались практические и изучались теоретические вопросы, связанные с запросами клиники. Так М.М. Мухамедзиев, А.А. Шерова, Т.Д. Савранова занимались проблемами искусственного кровообращения; М.Г. Фингер, А.А. Шерова – анестезиологическим обеспечением операций на сердце; Н.И. Ахунбаева, М.Г. Фингер – гетеротранфузионным шоком и др. Результаты этих работ, наряду с фундаментальным исследованием проблемы шока, были обобщены в монографии И.К. Ахунбаева и Г.Л. Френкеля «Очерки по шоку и коллапсу» (1967), удостоенной Государственной премии Кыргызстана. Таким образом, возникла теоретическая база, на основе которой стало возможным создание Кыргызской школы анестезиологов и реаниматологов.

Прошло 10 лет с появлением службы анестезиологии и реаниматологии. К 1969 году стало очевидным, что для дальнейшего развития новой медицинской специальности необходимы новые организационные формы и дальнейшее укрепление, и развитие материально-технической базы. Вслед за вышедшим приказом МЗ СССР №605 от 19 августа 1969 года, в Кыргызской Республике издается приказ МЗ КР (министр здравоохранения КССР Петросьянц В.А.) №225 от 20 октября 1969 года «О мерах улучшения анестезиолого-реанимационной службы в республике». В приказе были опубликованы новые штатные нормативы: численность врачебных штатных единиц по республике увеличилось до 171,5 единиц, сестринского медперсонала до 343,5 единиц, младшего мед. персонала до 38 единиц. В результате внедрения в жизнь основных положений нового приказа в крупных больницах республики (500 коек и более) были организованы отделения интенсивной терапии, и отделения (или группы) анестезиологии в больницах меньшей мощности реорганизованы в отделения анестезиологии и этим было положено начало единой анестезиолого-реанимационной службы Кыргызстана [4].

Таким образом, в начале 70-х годов штат анестезиологов Кыргызстана значительно увеличился (до 200 человек), поэтому возникла острая необходимость не только проводить специализацию врачей по анестезиологии на рабочем месте, но решить вопрос о повышении квалификации. Кроме того, в эти годы стала быстро развиваться новая отрасль медицины - реаниматология и интенсивная терапия. Кыргызстану требовались специалисты анестезиологи-реаниматологи не только для нужд хирургических отделений, но и для оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии больным из других отраслей медицины – терапии, неврологии, педиатрии, акушерстве, гинекологии, неонатологии, инфекционных болезней и др. Все это требовало создания специальной учебной базы.

В 1973 году при Центральной научно-исследовательской лаборатории Кыргызского государственного медицинского института (зав. доц. Чотоев Ж.А.) был организован доцентский курс усовершенствования врачей по специальности анестезиология и реаниматология на базе клиники общей хирургии РКБ МЗ КР.

История курса анестезиологии и реаниматологии – это прежде всего история деятельности людей, ее создававших, их научные и творческие достижения, их повседневный труд. Первым руководителем доцентского курса ФУВ стал главный специалист МЗ КР по анестезиологии-реаниматологии, председатель научного общества анестезиологов – реаниматологов Кыргызстана – доцент М.Г. Фингер. Вместе с М.Г. Фингером у истоков создания курса ФУВ, а в последствии кафедры стояли Мунькин Л.М., Зольман Г.Е., в последующие годы Абдурахманова Ш.О., Шерова А.А.

Тематикой первых обучающих циклов были общие и частные вопросы анестезиологии и реаниматологии, а также актуальные проблемы специальности. Как правило первичная специализация продолжалась 1-2 месяца. Лекции читались традиционным методом, курсанты закреплялись за операционными и участвовали при выполнении анестезиологических пособий при различных операциях. Они участвовали в обходах больных и обсуждениях историй болезней. Ассистенты курса ФУВ курировали и принимали участие в выполнении анестезиологических пособий в различных отделениях. Так Абдурахманова Ш.О. курировала операции на сосудах, Шерова А.А. операции на сердце и легких, Зольман Г.Е. и Мунькин Л.М. операции на ЖКТ и т.д. Курс анестезиологии и реаниматологии ФУВ все эти годы не имел специализированной современной клинической базы, что затрудняло процесс подготовки врачей. Несмотря на это, преподаватели курса прилагали все усилия для обеспечения нормальной учебной работы [4].

В 1976 году, при непосредственном участии доцента М.Г. Фингера, в клинике общей хирургии РКБ МЗ КР было открыто отделение реанимации и интенсивного лечения на 12 коек (зав. отд. В.М. Ежов), в состав которого входила лаборатория экспресс-диагностики (зав. лаб., к.м.н. Радзивиловская М.Е.). Курсанты ФУВ и студенты получили возможность обучаться на базе, по своему оснащению не уступающей ведущим клиникам СССР. Доцент М.Г. Фингер ежедневно проводил утренние конференции по разбору историй болезни с коллективом анестезиологов РКБ и работниками доцентского курса. Он выполнял обходы, консультации больных и выполнял анестезиологические пособия. Отделение было укомплектовано современными аппаратами для искусственной вентиляции легких, гипотермии, кардиостимуляторами, дефибрилляторами, монитором «Салют», электрокардиографами, электротермометрами, вакуумными и электрическими отсосами, наркозными аппаратами, искусственной почкой и многими другими. Для обеспечения безопасности оперативного вмешательства на легких анестезиологи клиники при непосредственном участии преподавателей курса осваивали и внедряли новые методики: отдельную интубацию бронхов различными двухпросветными трубками, инъекционную бронхоскопию, различные методы ухода за трахеобронхиальным деревом и ИВЛ, высокую эпидуральную анестезию для операционного и послеоперационного обезбоживания, иглорефлексотерапию для стимуляции кашля и улучшения дренажной функции легких и др. При операциях на грудной аорте стали применять наружную гипотермию, как средство защиты от гипоксии; при операциях на почечных сосудах – внутрисосудистую и регионарную гипотермию; методы эксфузии реинфузии и аутогемотрансфузии; регионарное искусственное кровообращение при ишемии нижних конечностей; при операциях резекции печени - наружную гипотермию и управляемую гипотонию. В кардиохирургии, совместно с перфузиологами, осваивали бескровное и гемодилуцационное искусственное кровообращение, коронарную перфузию для защиты миокарда на период асистолии при внутрисердечных этапах операций, методы фармакологической кардиоopleгии и др. Одновременно внедрялись новые способы сбалансированной внутривенной анестезии (нейролептаналгезия, атаралгезия, центральную алгезия) наркоз кетамин, оксибутиратом натрия, современными наркотическими анальгетиками (дипидолор, норфин, трамал, лексир, марадол и др.) и осваивали новые миорелаксанты (ардуан, павулон, тракриум). Таким образом, через преподавателей ФУФ курсанты на практике знакомились с современными методами анестезии и достижениями стремительно развивающейся науки об интенсивной терапии критических состояний.

В 1976 году курс анестезиологии и реаниматологии, входивший в состав кафедры общей хирургии КГМИ, выделен в самостоятельный, а в 1987 г. преобразован в кафедру анестезиологии – реаниматологии КГМИ. Заведующим курсом и кафедры был назначен доц. М.Г. Фингер (одновременно он исполнял обязанности заведующего курсом анестезиологии и реаниматологии ФУВ). Первыми ассистентами, которые работали и на ФУВ и преподавали студентам КГМИ стали кандидаты медицинских наук – А.А. Шерова, А.Ш. Шаршеев и врач Ш.О. Абдурахманова. К этому времени все ассистенты прошли школу последипломного обучения в аспирантуре или ординатуре в Москве. А.Ш. Шаршеев успешно окончил аспирантуру в лаборатории анестезиологии (зав. д.м.н. проф. Г.В. Гуляев) Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР (директор академик АМН СССР проф. Н.Н. Блохин) и в 1973 г. защитил диссертацию на тему: «Управляемая гипотония комбинированным применением препаратов для нейролептаналгезии и фторотана при травматических оперативных вмешательствах в онкологии». А.А. Шерова защитила диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук в ИССХ им. А.Н. Бакулева АМН СССР в г. Москве в 1975 г. Ш.О. Абдурахманова окончила 2-х годичную клиническую ординатуру по анестезиологии и реаниматологии в ИССХ им. А.Н. Бакулева АМН СССР. Позже в состав кафедры вошли: ассистенты Б.Н. Тартаковский, Л.В. Щербак, У.Алиев, С.А. Шапиро; совместителями работали опытные врачи – Г.Е. Зольман, Л.М. Мунькин, Б.К. Кубадаева, У.Н. Калдарбеков, В.В. Аджигекова, каждый из которых в раз-

ные годы прошёл повышение квалификации на факультетах усовершенствования врачей в Москве, Ленинграде, Минске, Новокузнецке и др. Все ассистенты, выполняя педагогическую нагрузку, вели большую лечебную и консультативную работу в клиниках города и по линии санитарной авиации, проводили анестезиологические пособия в операционных различных хирургических отделений: А.А. Шерова и С.А. Шапиро – в кардиохирургии; Ш.О. Абдурахманова в сосудистой хирургии; А.Ш. Шаршеев и Б.Н. Тартаковский в отделении реанимации [5].

Под руководством М.Г. Фингера проводились научные работы посвященные: комплексной терапии разлитых гнойных перитонитов (М.Г. Фингер, А.А. Шерова); разработке методов эпидуральной анестезии (Л.М. Мунькин, Г.Е. Зольман, А.Ш. Шаршеев); методов анестезиологической защиты при операциях на сердце (М.Г. Фингер, А.А. Шерова); интенсивной терапии (ИТ) при тяжелой черепно-мозговой травме (А.Ш. Шаршеев); изучению морфологических изменений печени в зависимости от метода анестезии (Г.Е. Зольман); высокочастотной ИВЛ (Б.Н. Тартаковский) и др.

В 1977 году, по инициативе М.Г. Фингера, при отделении реанимации клиники им. И.К. Ахунбаева было открыто отделение гипербарической оксигенации (ГБО). Кыргызские реаниматологи получили возможность лечить больных с тяжелыми гипоксическими состояниями, а курсанты ФУВ познакомится с передовым для того времени методом оксигенотерапии. В последствии этот метод стал применяться в больших городах Кыргызстана.

В 1989 г. доценту М.Г. Фингеру присвоено звание профессора по специальности анестезиология-реаниматология. В эти годы кафедральными работниками были выпущены методические пособия для студентов и врачей: «Современные методы активной детоксикации организма» (А.Ш.Шаршеев,1988); «Острая дыхательная недостаточность» и «Анестезиологическое пособие при кесаревом сечении» (А.А. Шерова 1990); опубликовано более 300 научных статей; проведено пять республиканских, городских и выездных конференций по различным актуальным проблемам анестезиологии-реаниматологии. На курсе усовершенствования врачей за эти годы получили специализацию и усовершенствование более 500 врачей; клиническую ординатуру окончили более 20 врачей. Профессор М.Г. Фингер 33 года трудовой деятельности посвятил анестезиологии-реаниматологии, из них 15 лет он руководил курсом на ФУВ, а затем и кафедрой анестезиологии и реаниматологии КГМИ. Он пользовался огромным авторитетом среди профессионалов в бывшем СССР. Он был отцом анестезиологии и реаниматологии Кыргызстана, много сил отдавшему делу воспитания первых поколений врачей анестезиологов-реаниматологов.

В 1992 году вышел приказ (постановление Правительства Кыргызской Республики от 17 ноября 1992 года N568) об организации Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников (РЦНПМ и ФР). Доц. А.А. Шерова в 1993г. была проведена приказом ректора Чубакова Т.Ч. на должность заведующей доцентским курсом анестезиологии и реаниматологии РЦНПМ и ФР, который располагался на базе клиники им. И.К. Ахунбаева НГ МЗ КР.

90-е годы – годы перестройки были сложными для медицины, а для анестезиологии-реаниматологии особенно трудными. Наркозно-дыхательная, диагностическая аппаратура старела и приходила в негодность; остро ощущались перебои со снабжением лекарственных средств; увеличился отток квалифицированных кадров; наступил информационный голод. Однако усилиями сотрудников 2-х кафедр анестезиологии и реаниматологии КГМА (зав. каф. доц. Шаршеев А.Ш.) и РЦНПМ и ФР (зав. доц. курсом Шерова А.А.), и врачей отделения анестезиологии и реаниматологии, были внедрены методы: катетеризации подключичной, внутренней яремной и бедренных вен; катетеризации грудного лимфатического протока; лимфодренаж и лимфосорбция; катетеризации лимфатических протоков стопы и интранодулярное введение антибиотиков и др. лекарственных средств; субокципитальная пункция спинно-мозгового канала для промывания и измерения ликворного давления; эндолумбальное и интракортотидное введение антибиотиков; методы проводниковой анестезии; пункция и катетеризация эпидурального пространства в шейном, грудном отделе; сакральная анестезия; катетеризация эпидурального пространства на двух уровнях при операциях на брюшной аорте; эпидуральная анестезия традиционными и современными наркотическими анальгетиками (морфием, морфилом, фентанилом, дипидололом); длительная эпидуральная анестезия для снятия болевого синдрома при остром инфаркте миокарда, облитерирующих эндоартериитах, множественных переломах ребер, в послеоперационном периоде и для выполнения симпатической блокады у больных с астматическим статусом и др. В эти годы изучались и внедрялись современные методы детоксикации: гемосорбция, ксеносорбция с использованием свиной селезенки, различные виды плазмофереза, ультрафильтрация, непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоритом натрия; ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная, чрезкожная и внутрисосудистая лазерная терапия (А.Ш. Шаршеев, А.А. Шерова, Л.Г. Гапоян, Б.Н. Тартаковский, Ж.Б. Бошкоев) [6].

В 1996 г. заведующей доцентским курсом анестезиологии-реаниматологии Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) была назначена А.А. Шерова, а Шаршеев А.Ш. переведен на должность зав. курсом в РЦНПМ и ФР. В 1997 г., ввиду реорганизации в КГМА, доцентский курс вошел в состав кафедры общей хирургии и анестезиологии, которым руководил проф. Х.С. Бебезов. Штат курса пополнился молодыми преподавателями (ассистенты – А.С. Джуманалиева, А.Ж. Баялиева, Л.Г. Цай, позже Е.Г. Логачева, Э.А. Кутанов). В 1999 г. А.С. Джуманалиева защитила диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук на ученом совете КГМА по теме: «Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексе защиты от операционного стресса в условиях высотной гипоксии».

В 1999 году к.м.н. Ж.Б. Бошкоев, после окончания в Москве очной докторантуры в НИИ клинической онкологии ОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (Научные консультанты д.м.н. проф. А.И. Салтанов, д.м.н., проф. М.И. Давыдов), защитил диссертацию на соискание степени доктора мед. наук на тему: «Проблемы ранней постнаркозной адаптации у онкологических больных». Ассистент А.Ж. Баялиева защитила в 2001 году на Ученом совете Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН (Москва) кандидатскую диссертацию на актуальную для практической анестезиологии тему: «Акселерметрическая оценка действия миорелаксантов при операциях на щитовидной железе» (руководители Х.С. Бебезов и А.И. Салтанов).

В 1999 году доцентский курс ФУВ был преобразован в кафедру анестезиологии-реаниматологии и скорой помощи при РЦНПМ и ФР в КГМИ, руководителем которой назначен д.м.н., проф. Ж.Б. Бошкоев. Задачи кафедры расширились. Помимо последиplomной специализации по анестезиологии-реаниматологии и повышения квалификации врачей, кафедра стала обучать клинических ординаторов и интернов. Ежегодно на кафедре и выездных циклах проходят специализацию и усовершенствование десятки врачей из разных регионов Кыргызстана и прилегающих районов Казахстана. Сотрудниками кафедры в разные годы были: доценты – А.Ш. Шаршеев, Э.М. Герасимов, К.С. Сарбанова, А.Я. Кагарлицкий, А.А. Шерова; ассистенты – Л.С. Уткунчиева, И.Э. Вагимов, У.А. Исмаилова, Д.С. Мамбеталиева, З.К. Сейталиева, Р.М. Хантимеров, Е.Г. Логачева.

На кафедре проводились исследовательские работы по оптимизации анестезиологического обеспечения операций на различных органах; интенсивной терапии больных черепно-мозговой травмой, острых нарушениях мозгового кровообращения, разрабатываются методы детоксикации, внедряются безопасные методы послеоперационного обезболивания, проводниковой анестезии в микрохирургии и проктологии; новые наркотические препараты, нейропротекторы, антигипоксанты, совершенствуются методы антибактериальной терапии при сепсисе и др.

Под руководством профессоров Ж.Б. Бошкоева и И.С. Фунлоэра в 2004 году ассистент И.Э. Вагимов защитил диссертацию на соискание звания кандидата медицинских наук на тему – «Особенности анестезиологического пособия при операциях по поводу эхинококкоза лёгких». Выпущены две монографии: «Раннее посленаркозное восстановление» (Ж.Б. Бошкоев с соавторами, Москва, 2000 г.) и «О развитии анестезиологии и анестезиологах Кыргызстана» (А.А. Шерова, Бишкек, 2008 г.).

Сотрудники кафедры проводили и проводят большую работу по последиplomному обучению в интернатуре (1 год) и ординатуре (2 года). Количество студентов, желающих получить специальность врача анестезиолога-реаниматолога в Кыргызстане с каждым годом растет. Кафедра столкнулась с трудностями, связанными с отсутствием в институте собственных клинических баз. На базе клиники им. И.К. Ахунбаева НГ МЗ КР находятся кафедры анестезиологии и реаниматологии трех ВУЗов, на которых проходят обучение в общей сложности более 60 клинических ординаторов. Кафедра вынуждена принимать совместителями опытных врачей медицинских учреждений г. Бишкека, областных и районных центров для того, чтобы обеспечить ординаторов полноценной практикой, необходимой для получения специальности. Следует отметить, что несмотря на то, что ежегодно 9-13 и более ординаторов получают сертификат врача анестезиолога-реаниматолога и от 65 до 95 врачей проходят переподготовку и усовершенствование на кафедре, отдаленные районы республики не укомплектованы штатом анестезиологов-реаниматологов.

С 2013 года помимо первичной специализации по анестезиологии и реаниматологии (продолжительность – 3,5 месяцев), организованы одномесячные циклы усовершенствования: «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии»; «Неординарные ситуации в анестезиологии»; «Патофизиология критических состояний»; «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии»; «Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии»; «Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии». Последние годы на кафедре проводятся тематические двухнедельные циклы: «Актуальные проблемы нейроанестезии и нейрореанимации»; «Особенности анестезии и интенсивной те-

рапии в неонатологии»; «Современные методы инфузионной терапии и нутритивной поддержки»; «Лечение острой и хронической боли».

В 2015 году заведующей кафедры анестезиологии и реаниматологии КГМИПиПК назначена доцент А.А. Шерова, а с 2017 года к.м.н. Молдоташева А.К. На кафедре работают: профессор Бошкоев Ж.Б., доц. Шерова А.А. и Кагарлицкий А.Я., асс. Касымов М.М., Турдушева Д.К., к.м.н. Тольбашиева Г.У., Хантемиров Р.М., Шабданова Ж.Т., Кабылов Ю.С., Мамбеталиева Д.С., Арзыкулов З.С., Кенеш уулу Казыбек, Джунусова В.Т., Исаев С.С., Бекманбетова С.А., Керимкулов Б.А., Кабулова Г.С., Садабаев Р.А., Турдалиева Б.Т.

В последние годы, согласно условиям Болонской декларации, при реализации многоступенчатой структуры послевузовского профессионального образования следует исходить из необходимости сохранения и поддержания высокого уровня фундаментальной, естественно-научной и гуманитарной подготовки специалистов медицинских факультетов. Именно с учетом этого принципа сформулирована парадигма медицинского образования XXI века как создание системы, обеспечивающей переход от принципа образования «на всю жизнь» к принципу «через всю жизнь».

Важным является развитие системы непрерывного медицинского образования, которая подразумевает непрерывное обновление знаний, умений и навыков врача. Получение новых теоретических знаний может быть оценено с помощью так называемых кредитных баллов, которые назначаются врачу при его участии в профильных научных конференциях и семинарах, выступлениях с докладами, написании научных статей и др.. Основополагающая и объединяющая все прочие образовательные технологии «Концепция обучения человека в течение всей его профессиональной жизни» получила наименование «Непрерывное профессиональное развитие (образование)» и стала одной из основных доктрин организации и развития образования XXI века.

В связи с этим, введение коротких тематических 2-х недельных тематических циклов обучения на ФУВ (72 часа или 72 кредит-часов), позволит врачу обновлять свои знания не один раз в 5 лет как было все годы, а гораздо чаще. Врач должен накопить 250 кредит-часов (приказ МЗ КР), распределенных равномерно по годам и подтвержденных документально, т.е. 50 кредит-часов в течение 1 года. Накопив этот объем кредит-часов (знаний и умений), врач-специалист анестезиолог-реаниматолог может быть допущен к экзамену для подтверждения профессиональной компетенции.

Необходимость накопления требуемых кредит-часов для разрешения аттестации на получение врачебной категории, должна стимулировать врачей к получению дополнительных знаний на кафедрах ФУВ КГМИПиПК, к участию в семинарах, симпозиумах, съездах и др. образовательных мероприятиях. Так будет выполняться переход от принципа образования «на всю жизнь» к принципу «через всю жизнь». Конечно мы столкнемся и уже столкнулись с большими трудностями в выполнении этих принципов. Низкая зарплата врачей (нищенская по сравнению с Европой), дорогие авиабилеты, не укомплектованность рабочих мест анестезиологами не позволят врачам активно участвовать в образовательных мероприятиях, а следовательно, и в накапливать необходимые кредит-часы. Опыт показывает, что врачи отдаленных районов республики на 2-х недельные тематические циклы практически не приезжают («желание есть, а денег нет!»), так как, хотя зарплата на время учебы сохраняется, но расходы на дорогу, проживание врач должен тратить из собственного бюджета. Что бы решить эту проблему на кафедре планируется организация дистанционных форм обучения и консультирования, выездные курсы обучения. Преподаватели кафедры проводили и проводят большую работу по чтению лекций в различных медицинских учреждениях Бишкека и в других городах страны. Поездки по республике финансируются спонсорами, которых с каждым годом все труднее найти. За последние 3 года выполнено более 25 выездов в города Кыргызстана с лекциями по актуальным вопросам анестезиологии и интенсивной терапии (г. Ош, Джалал-Абад, Кызыл-Кыя, Токмок, Кант, Кара-Кол, Сузак, Ноокен, Нарын, Балыкчы, Чолпон-Ата и др.).

Преподавателями кафедры за последние годы опубликовано более 40 статей и 2 практических пособия для врачей анестезиологов-реаниматологов. Научные направления касаются: оптимизации обезболивания во время различных операций и в перооперационном периоде; внедрению новых методов искусственной вентиляции: неотложной помощи при неотложных состояниях в акушерстве; вопросам интенсивной терапии в нейрохирургии; нутритивной поддержки хирургических больных; вопросам истории развития анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане и др. Выпущены методические пособия: «Анестезиологическая и реанимационная помощь при критических состояниях в акушерстве» (Мамбеталиева Д.С., и др., 2014 г.); «Рекомендации по ведению пострадавших вследствие тяжелых сочетанных травм» (Молдоташова А.К., 2014 г.).

Сотрудники кафедры повышают свою квалификацию, принимая участие в конгрессах, съездах, конференциях республиканского и международного значения. Доц. Шерова А.А. была участником – Меж-

дународного конгресса реаниматологов (Италия, г. Рим, 2011 г.); 14-го Съезда федерации анестезиологов и реаниматологов России (г. Казань, 2014 г.); Международного конгресса анестезиологов-реаниматологов (г. Барселона, 2014 г.) и кардиохирургов (г. Астана, 2017 г.). Профессор Бошкоев Ж.Б. был участником Международного съезда анестезиологов в Кореи, г. Хейм, 2014 год. Активное участие приняли преподаватели кафедры в организации и проведении Республиканских научно-практических конференций: “Актуальные вопросы анестезиологии и ИТ” (г. Чолпон-Ата, 2012 г.); Международная научно-практическая конференция анестезиологов-реаниматологов КР “Избранные вопросы анестезиологических пособий и проблемы искусственного питания в практике интенсивной терапии” (г. Ош, 2014 г.); Конференция посвященная памяти профессора М.Г.Фингера (Бишкек, 2014 г.) и доцента А.Ш.Шаршеева (Бишкек, 2015).

**Выводы:** 2018 год – год 25-летнего Юбилея Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации и 45-летия создания сначала курса анестезиологии ФУВ при КГМИ, а затем кафедры анестезиологии и реаниматологии в КГМИПиПК, которая является главным центром подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов в Кыргызстане. За эти годы сотрудниками кафедры подготовлены тысячи врачей для здравоохранения Кыргызстана, разработаны и внедрены современные методы анестезии и интенсивной терапии, что дало возможность успешно развиваться современной хирургии и другим смежным дисциплинам. Сотрудники кафедры анестезиологии и реаниматологии КГМИПиПК всегда были инициаторами и исполнителями передовых методик, что спасло тысячи жизней тяжелых больных.

#### **Список использованной литературы:**

1. Фингер, М.Г. О состоянии и перспективах дальнейшего развития анестезиологии в Кыргызстане. Сборник научных трудов, посвященных 60-летию член-корр. АМН СССР, проф. И.К. Ахунбаеву. - Том 67. – Фрунзе, - 1970. - С. 123-127.
2. Шерова, А.А. Развитие анестезиологии и реаниматологии в клинике им. И.К. Ахунбаева и Национальном госпитале МЗ КР за 40 лет/ А.А. Шерова, А.Ш. Шаршеев//Сборник развития хирургии в Кыргызстане. – Бишкек, 1998. - С. 350-393.
3. Шерова, А.А. История анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане. Хирургия Кыргызстана./ А.А. Шерова. - Бишкек, - 1999. С. 20-29.
4. Шерова, А.А. Прошлое и настоящее анестезиологии и реаниматологии Кыргызстана. /А.А. Шерова // Материалы I Республиканской научно-практической конференции анестезиологов реаниматологов Кыргызстана. - Чолпон-Ата, 2000. - С. 4-14.
5. Шерова, А.А. История развития анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане XX век./А.А. Шерова. – Бишкек, - 2008. - С. 100-124.
6. Шерова, А.А. О развитии анестезиологии и реаниматологии, Кыргызстана. Монография./А.А.Шерова. – Бишкек, - 2008. – С. 173.

### **СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ОРДИНАТОРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ Молдоташова А.К., Кабылов Ю.С., Акимов М.М., Таалайбек уулу Актилек Кафедра Анестезиологии и реанимации КГМИПиПК г. Бишкек, Кыргызская Республика**

**Резюме:** В статье описаны результаты симуляционного цикла по базовой сердечно-легочной реанимации (СЛР) и применение автоматического наружного дефибрилятора (АНД) у 15 ординаторов первого года обучения КГМИПиПК, врачей общей практики.

**Ключевые слова:** симуляционное обучение, сердечно-легочная реанимация, медицинская помощь.

### **СИМУЛЯЦИЯЛЫК ОКУУТУ АДИСТИ, ЖАЛПЫ ТАЖРЫЙБА ДАРЫГЕРЛЕРДИ ДАЯРДООНУН НЕГИЗГИ БОЛУГУ БОЛУП САНАЛАТ Молдоташова А.К., Кабылов Ю.С., Акимов М.М., Таалайбек уулу Актилек Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу медициналык институтунун анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы КМКДжАЖМИ Бишкек ш., Кыргыз Республикасы**

**Корутунду:** Макалада адисти даярдоодогу симуляциялык методдор – кайра жандандыруунун негизги бөлүмү жана дефибриляцияны камсыздоо боюнча өткөзүлгөн цикл жана жыйынтыгы айтылат.

**Негизги создор:** симуляциялык метод, кайра жандандыруу, дефибриляция.

### **SIMULATION TRAINING INTEGRAL PART OF THE EDUCATIONAL PROCESS OF RESIDENTS, DOCTORS OF GENERAL PRACTICE**

**Summary:** To master and practically execute cardiopulmonary resuscitation (CPR) procedural techniques, to acquire skills to use state of art equipment, and to teach work in the team.

**Key words:** simulation training, cardiopulmonary resuscitation, medical care.

Объем информации, которым владеет цивилизация, полностью обновляется каждые 5 лет. Освоение этого объема индивидуумом возможно только в процессе регулярного непрерывного образования. В современном образовательном пространстве появилось множество технологий, одна из них – симуляционное обучение, которое является продуктом научных и производственных технологий, преобразованных в инновационное образовательное пространство. Впервые симуляционные технологии появились в авиации. Постепенно применение симуляторов распространилось на различные отрасли, в том числе и медицину. В современной клинике первичное обучение практическим навыкам имеет некоторые ограничения: недостаток коммуникативных навыков у студентов, ординаторов и молодых врачей в общении с пациентами, дефицит времени для отработки каждого навыка, психологическая боязнь выполнения процедуры, высокий риск для здоровья пациента. В то время получение теоретических знаний не представляет больших сложностей – в распоряжении студентов, ординаторов и слушателей имеются программы повышения квалификации, книги, статьи, лекции, видеоматериалы, интернет ресурсы [1,2].

Применение симуляционных технологий призвано повысить эффективность учебного процесса, уровень профессионального мастерства и практических навыков медицинских работников, обеспечивая им наиболее эффективный и безопасный переход к медицинской деятельности в реальных условиях. С помощью симуляционных методик можно отработать практические навыки обучающихся, что позволит им увереннее перейти к настоящим вмешательствам. При этом обеспечивается непрерывное профессиональное обучение медицинских кадров в соответствии с современными алгоритмами. В ходе обучения отрабатываются не только клинические навыки, но и умение общаться с коллегами и пациентами. Для этого созданы специальные тренажеры, симуляторы и разрабатываются игровые методики обучения, которые позволяют моделировать различные клинические ситуации, в том числе и редко встречающиеся.

Работа симуляционного центра зависит от многих факторов: наличия специализированных помещений, рассчитанных на размещение имеющегося оборудования и обучающихся, организации процесса обучения и менеджмента. Часть из этих факторов определяются финансированием. Учебные планы и структуру обучения может определять профессорско-преподавательский коллектив. Здесь многое зависит от личного отношения педагогов к симуляционной медицине. В настоящий момент мы приблизились к созданию инновационной структурной единицы в системе Обучения полноценной симуляционной клинике недостающего звена, обеспечивающего образовательную преемственность между доклиническим и клиническим этапами обучения врачей [3,4].

Благодаря появлению симуляционных центров сглаживается сложный переход, существовавший между обучением за партой и обучением в клинике. Обучение в симуляционной клинике уменьшит волнение, которое испытывает курсант при выполнении определенной методики у постели больного, и благоприятно отразится на качестве лечения. В процессе тренинга происходит отработка тех или иных манипуляционных навыков на фантомах и манекенах различных уровней реалистичности от простого к сложному.

Начальные уровни реалистичности позволяют ординаторам, курсантам освоить на манекене определенные мануальные навыки. После усвоения одних мануальных навыков, можно перейти к следующему уровню реалистичности, т.е. использовать более сложный манекен, позволяющий симулировать, например, различные ситуации в анестезиологии-реаниматологии. Задачи оказываемой помощи постоянно расширяются: требуется диагностика, например, вида остановки сердца, проведения дефибрилляции, введения лекарственных средств [5,6]. Обучение на следующем уровне реалистичности предусматривает имитацию реальной обстановки. Для обучающихся вся обстановка является неожиданностью: число пострадавших, их положение в зале, наличие аппаратуры. Кроме того, дополнительно на психоэмоциональное состояние курсантов воздействуют специфичные внешние факторы, которые можно воспроизводить в условиях симуляционного центра: вой сирены, дымовая завеса, приглушенное освещение. На высшем этапе реалистичности используются роботы симуляторы с дистанционным управлением. На этом этапе обучения полноценно отрабатываются не только ману-

альные навыки, но и клиническое мышление. В симуляционной клинике можно создать сценарии различных клинических ситуаций, в том числе и редко встречающихся [7,8].

Применение информационных технологий в учебном процессе предполагает наличие квалифицированных преподавателей, способных к работе в новой информационно-образовательной среде [3,9].

Создание симуляционных центров в медицинских ВУЗах – это необходимый шаг приобретения и повышения профессиональных навыков у студентов и врачей различных специальностей. Следует ожидать, что внедрение симуляционного обучения позволит повысить качество профессиональной подготовки медицинских кадров, следовательно, качество оказываемой ими помощи.

Таким образом, внедрение в практику подготовки выпускников медицинских учебных заведений, молодых специалистов и в систему непрерывного профессионального развития симуляционных методов обучения в настоящее время должно предшествовать практике, является жизненной необходимостью и утверждено законодательно [1,2].

Приоритетной задачей здравоохранения является снижение смертности от кардиальных и других заболеваний.

В связи с этим расширяется контингент обучающихся врачей. Одной из задач обучения ординаторов является приобретение навыков оказания неотложной помощи больным, в том числе с внезапной остановкой сердца.

В основную профессиональную образовательную программу ординатуры кафедры анестезиологии-реанимации ФУВ, КГМИПиПК включен симуляционный цикл по базовой СЛР и АНД, который прошли 15 ординаторов первого года обучения. За основу взят рекомендации по базовой СЛР и автоматической наружной дефибрилляции (АНД), разработанный и обновленный Американским обществом кардиологов (АНА) от 2015 года. За одну неделю до цикла ординаторы получили официальный перевод информационного материала по базовой СЛР и АНД и изучили его. Несмотря на обязательность участия, все ординаторы первого года имели мотивацию обучения: приобретение навыков оказания помощи больным при внезапной остановке сердца. Программа обучения на кафедре, по специальности анестезиология-реаниматология ординаторов первого включает:

1. Лекционные курсы: «Сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией», «Обструкция дыхательных путей инородным телом»;
2. Освоение алгоритма оказания помощи при внезапной остановке сердца;
3. Практические занятия на манекенах, включающие оценку наличия самостоятельного дыхания, открытие дыхательных путей, выполнение компрессий грудной клетки, искусственного дыхания;
4. Работу с учебным автоматическим наружным дефибриллятором (АНД);
5. Помещение пострадавшего в боковое стабильное положение.

Продолжительность курса составляла 6 часов.

Отработка практических навыков производилась на манекенах симуляторах, использовалась автоматический наружный дефибриллятор (АНД) (Mindray). Использовался алгоритм обучения, разработанный Европейским советом по реанимации и 4-х ступенчатая модель обучения практическим навыкам.

Практическим занятиям предшествовала демонстрация преподавателем алгоритма оказания помощи при внезапной остановке сердца. Она показывал на манекене, как правильно выполнять весь алгоритм, затем контролировала правильность воспроизведения действий участниками цикла.

Цикл состояла из нескольких частей:

А. Лекция «Сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией» и практическая часть, разделенная на два этапа. После лекции ординаторы освоили алгоритм оказания помощи при внезапной остановке сердца и базовую СЛР.

Следующим этапом обучения являлось применение АНД, т.к. раннее начало качественных компрессий грудной клетки и дефибрилляция являются залогом успеха при проведении реанимационных мероприятий. При этом делался акцент на безопасном применении АНД. В процессе обучения участники цикла освоили важный этап оказания помощи с применением АНД. Отрабатывались методики СЛР одним и двумя врачами, что способствовало отработке навыков работы в команде.

В. Вторая часть включала лекцию «Обструкция дыхательных путей инородным телом» и демонстрацию приема Геймлиха.

С. Третья часть – практика в группах по «Безопасному» положению (боковое стабильное положение).

В течение всего курса проводился анализ освоения материала самими участниками. Неотъемлемой частью обучения являлся дебрифинг, что по мнению ряда авторов [7], значительно повышало качество симуляционного обучения. Важный момент – выделение ординатором собственных дости-

жений и неудач, определение им дальнейших планов в освоении материала. На симуляционном цикле ординаторы научились работать в команде, принимать совместные решения в сложной профессиональной ситуации.

Успешность обучения зависела от контакта инструктора - преподавателя с аудиторией, создания доброжелательной обстановки на цикле, что способствовало лучшему усвоению материала ординаторами. Наиболее интересным на цикле были практические навыки отработки компрессий грудной клетки, искусственное дыхание, помещение пострадавшего без сознания с сохраненным дыханием, в «безопасное» положение.

#### **Заключение**

Проведение симуляционного курса у ординаторов по специальности анестезиология и реаниматология по программе базовой сердечно-легочной реанимации и автоматической наружной дефибрилляции является важным этапом обучения, способствует приобретению теоретических знаний и практических навыков при внезапной остановке сердца.

#### **Литература:**

1. Кадры для симуляционного обучения “Виртуальные технологии в медицине” / [А.А. Свистунов и др.] // *Избранные тезисы РОСОМЕД-2014*. - №1(11). - С. 40.
2. Лебединский, К.М. Подготовка врачей анестезиологов реаниматологов в клинической ординатуре: взгляд обучающихся. / К.М. Лебединский, О.Ю. Кузнецова, В.А. Мазурок, И.А. Доманская, И.Е. Никитский // *Анестезиология и реаниматология*. - 2007. - №5. - С. 11-14.
3. Вариант решения кадровых проблем симуляционных центров. “Виртуальные технологии в медицине”. *Общая реаниматология* [А.А. Свистунов и др.] под ред. В.В. Морозова. - 2014. - №1(11). - С. 14-23.
4. Пасечник, И.Н. Роль современных симуляционных технологий в подготовке анестезиологов-реаниматологов с учетом преемственности и квазифизиологических особенностей роботов-симуляторов / Пасечник И.Н., Скобелев Е.И., Алексеев И.Ф., Блохина Н.В., Литин И.Е., Крылов В.В. // *Мат-лы 1-ой Всерос. конф. с междунар. участием, по симуляционному обучению в медицине критических состояний*, - 2012. - С. 73-77.
5. Востриков, В.А. Компьютерное моделирование воздействия первых фаз дефибрилляционных импульсов биполярной формы на мембрану кардиомиоцита / В.А. Востриков, Б.Б. Горбунов, А.Н. Гусев // *Общая реаниматология*. - 2014. - №10. - С. 25-32.
6. Востриков, В.А. Эффективность электрической кардиоверсии пароксизмальной фибрилляции предсердий при использовании биполярного квазисинусоидального импульса у больных ишемической болезнью сердца. / В.А. Востриков, К.В. Разумов // *Общая реаниматология*. - 2014. - №10. С. 41-49.
7. Пасечник, И.Н. Симуляционные технологии в анестезиологии реаниматологии: первые итоги / И.Н. Пасечник, С.А. Блащенко, Е.И. Скобелев // *Виртуальные технологии в медицине*. - 2013. - №1. - 621 с.
8. Мурин С. Использование симуляторов в обучении: переломный момент / С. Мурин, Н. Столленверк // *Виртуальные технологии в медицине*. - 2010. - С. 7-10.
9. Типикин, В.А. Внедрение современных образовательных технологий в системе дополнительного профессионального образования // *Виртуальные технологии в медицине*. - 2009. - С. 31-34.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ У СТУДЕНТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ**

**И.М. Юлдашев, С.Б. Базарбаева, Д.М. Тыналиева,  
Р.С. Абыкеева, Р.А. Масаева, М.Ж. Жаныбекова, У.Ш. Баудунова**  
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева  
(Зав. – д.м.н., доц. Г.С. Чолокова)

**Резюме.** В данной статье представлен анализ опроса студентов 4 курса стоматологического факультета, путем анонимного анкетирования, об обучении в симуляционных классах. О необходимости отработки практических навыков на занятиях используя симуляторы и фантомы, так как это является современным требованием к уровню подготовки врача-стоматолога.

**Ключевые слова:** анкетирование, практические навыки, симуляционный кабинет, фантом.

**СТУДЕНТТЕРДИН КЕСИПТИК КӨНДҮМҮДӨГҮ  
ЗАМАНБАП МАМИЛЕНИ КАЛЫПТАНДЫРУУ  
И.М. Юлдашев, С.Б. Базарбаева, Д.М. Тыналиева,  
Р.С. Абыкеева, Р.А. Масаева, М.Ж. Жаныбекова, У.Ш. Баудунова  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
И.К. Ахунбаев атындагы КММА балдар стоматология кафедрасы  
(Зав. – д.м.н., доц. Чолокова Г.С.)**

**Корутунду.** Бул макалада машыктыруучу класстарда окутуу жөнүндө жашыруу илдөө аркылуу, стоматология бөлүмүнүн 4-курстун студенттерин сурамжылоонун сереби көрсөтүлгөн. Класста практикалык көндүмдөргө үйрөтүү зарылчылыгы жөнүндө биртиш даярдоо үчүн заманбап талаптар болуп, фантомду колдонуу.

**Негизги создор:** анкеталар, практикалык көндүмдөр, бир машыктыруучу изилдөө, бир элес.

**CURRENT APPROACHES TO THE FORMATION OF STUDENTS' SKILL**

**I.M. Yuldashev, S.B. Bazarbaeva, D.M. Tynaliev,  
R.S. Abykееva, R.A. Masaeva, M.Zh. Zhanybekova, U.Sh. Baudunova  
Kyrgyz State Medical Academy. I.K. Akhunbayeva  
Department of Pediatric Dentistry KSMA them. I.K. Akhunbayev  
(Head of the Department, Associate Professor G.S. Cholokova)**

**Resume.** This article presents an analysis of the survey of students of the 4th year of the dental faculty, through anonymous questionnaires, about training in simulation classes. On the need to practice practical skills in the classroom using simulators and phantoms, as this is a modern requirement for the level of training of a dentist.

**Keywords:** questioning, practical skills, simulation room, phantom.

Важным направлением в сфере высшего медицинского образования является необходимость усиления практического аспекта подготовки будущих врачей в сочетании с высоким уровнем теоретических знаний. Практические занятия – это важная часть подготовки специалистов стоматологов, которая проводится на базе стоматологического учебного научно - клинического центра (СУНКЦ) КГМА им. И.К. Ахунбаева.

В наше время существует много инновационных педагогических технологий, таких как практические клинические занятия и лекционные курсы. Лекции направлены на изучение студентами теоретических профессиональных знаний, а практические клинические занятия на приобретение важных навыков и умений [1].

Практические занятия направлены на формирование способностей применения полученных теоретических знаний во время обучения в вузе [2]. На кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, терапевтической стоматологии, ортопедической стоматологии и на кафедре детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, имеется по 10 стандартных симуляционных установок. К ним каждой кафедрой составлен список квалификационных навыков, которыми студент должен овладеть в ходе учебного процесса. Появление фантомного симуляционного кабинета является необходимым направлением в учебном процессе для студентов всех курсов. Формирование и развитие навыков студента выполнять правильно технологию практической манипуляции [3]. На протяжении всего обучения ведется отработка и закрепление мануальных навыков.

Студенты осваивают общие принципы диагностики заболеваний органов и тканей полости рта, мануальные навыки врача стоматолога общей практики как основу для дальнейшего обучения на клинических базах. После этого студенты переходят в фантомные классы для применения полученных знаний на практике.

Условием формирования навыков и умений является тренировка студентов в приобретении умений самостоятельно решать, поставленные перед ним практические задачи.

Студент в симуляционном кабинете в условиях приближенным к настоящим, путем многократного повторения и разбора ошибок, имея при этом теоретическую подготовку, владея практическими навыками и отработав алгоритм лечения стоматологических патологий достигает совершенства своих психомоторных навыков, навыков работы с оборудованием и пациентами, навыков работы в команде. Все занятия в симуляционном кабинете проводятся под руководством преподавателя,

который помогает при выполнении клинических манипуляций, отвечая на возникшие в ходе работы вопросы и проводит разбор ошибок.

**Целью** нашего исследования является анализ опроса студентов об эффективности обучения в симуляционных классах и освоения практических навыков.

**Материалы и методы исследования.** В анкетировании участвовали 104 студента 4 курса стоматологического факультета. Анкетирование проводилось анонимно. Каждый из опрошенных студентов мог высказать свое мнение по поводу организации проведения практических занятий в симуляционных кабинетах, отвечая на заданные вопросы и оставляя свои комментарии и предложения. Анкета содержала 5 вопросов и от 2 до 4 вариантов ответа, которые включали опрос по использованию симуляционных кабинетов, по алгоритмам выполнения практических навыков, вопросы, отражающие практическую значимость данного этапа для студентов, один вопрос о предложениях по улучшению и изменению симуляционных классов, как обратная связь студента и преподавателя для улучшения работы кабинета.

**Результаты исследования и их обсуждение.** На первый вопрос анкеты «Видите ли Вы пользу от занятий в фантомном кабинете?» (табл. 1), ответили утвердительно 96 респондентов (92,3%), не видят пользы – 8 студентов (7,6%). Из указанных причин отметили, что у них не проводятся практические занятия в фантомных классах. Подавляющее большинство опрошенных видят и понимают пользу от занятий в фантомных кабинетах.

Второй вопрос анкеты подразумевал собой оценку по десятибалльной шкале, насколько фантомные классы приближают их к клиническому приему пациентов. На 10 баллов оценили 19 студентов (18,2%), на 9 баллов – 5 (4,8%), на 8 баллов – 22 (21,1%), на 7 баллов – 18 (17,3%), на 6 баллов – 16 (15,3%), на 5 баллов – также 16 студентов (15,3%), на 4 балла – 9 (8,6%), на 3 балла – 6 респондентов (5,7%), на 2 балла не оценил ни один человек и только один студент оценил пользу симуляционного кабинета на 1 балл. Большой процент анкетированных 21,1% оценили условия занятий в симуляционном кабинете на 8 баллов из 10. Считая, что данная практика поможет им в реальных клинических ситуациях.

На вопрос «Для чего, по-вашему, нужны фантомные классы?» с вариантами ответов 1) для улучшения практических навыков 2) по учебной программе 3) они вообще не нужны, почти все студенты отметили первый вариант ответа 100 человек (96,1%), 2 респондента (1,9%) считают, что симуляционные классы показаны по учебной программе, 2 человека решили не отвечать на этот вопрос. 96,1% респондентов понимают необходимость проведения практических занятий в симуляционных кабинетах.

На четвертый вопрос «Какие манипуляции Вы проводили в симуляционных кабинетах?» почти половина опрошенных студентов – 49 (47,1%) занимались лечением кариеса, не ответили на вопрос – 16 человек (15,3%), операцию удаления зуба – 12 (11,5%) и инъекционные манипуляции проводили – 30 участников опроса (28,8%). Большинство студентов занимались лечением кариеса, так как стандартная установка предусматривает эндодонтическое лечение.

Таблица 1

Результаты анкетирования студентов 4 курса стоматологического факультета

Вопросы	Количество студентов	Процентное соотношение
Видите ли вы пользу от занятий в фантомном кабинете	Да – 96 Нет – 8	Да – 92,3% Нет – 7,6%
Насколько фантомные классы приближают вас к клиническому приему пациентов		
1 балл	1	0,9%
2 балла	0	0%
3 балла	6	5,7%
4 балла	9	8,6%
5 баллов	16	15,3%
6 баллов	16	15,3%
7 баллов	18	17,3%
8 баллов	22	21,1%
9 баллов	5	4,8%
10 баллов	19	18,2%

Для чего, по-вашему, нужны фантомные классы		
1) для улучшения практических навыков		
2) показаны по учебной программе	100	96,1%
3) они вообще не нужны	2	1,9%
Какие манипуляции Вы делали		
1) лечение кариеса	49	47,1%
2) не ответили на вопрос	16	15,3%
3) операция удаления зуба	12	11,5%
4) инъекционные манипуляции	30	28,8%
Как часто Вы хотели бы посещать симуляционные классы		
1) на каждом занятии	60	57,6%
2) через занятие	35	33,6%
3) раз в месяц	1	0,9%
4) никогда	1	0,9%

60 человек (57,6%) из числа опрошенных нами студентов, на вопрос «Как часто Вы хотели бы посещать симуляционные классы?», ответили первым предложенным вариантом «на каждом занятии». 35 респондентов (33,6%) хотели бы посещать симуляционный класс через занятие. По одному человеку ответили третьим и четвертым вариантами ответа «никогда» и «раз в месяц». Больше половины опрошенных изъявляют желание заниматься в симуляционном кабинете на каждом занятии.

Последний вопрос анкеты – это пожелания и предложения студентов по улучшению или изменению работы симуляционных классов. Тут респонденты предложили увеличить время работы в симуляционных классах, также увеличить количество самих фантомов, посещение класса сразу после теоретического разбора темы, расширить список расходных материалов для работы.

**Заключение.** Полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости отработки практических навыков на занятиях при помощи симуляторов и фантомов, так как это является современным требованием к уровню и качеству подготовки будущих врачей-стоматологов. Симуляторы с неограниченным числом повторений манипуляций адаптируют и приближают студента к реальным условиям работы с пациентом. Навыки и умения студента должны носить комплексный характер, сочетая знания, полученные при изучении всех дисциплин.

#### **Литература**

1. Зубова А.В. Мотивационная составляющая в организации самостоятельной работы студентов// Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – №2. – С. 97-100.
2. Григорян В.Г., Химич П.Г. Роль преподавателя в организации самостоятельной работы студентов// Высшее образование в России. – 2009. – №11. – С. 108-114.
3. Труфнова Л.В., Кувачева Н.В., Кутяков В.А., Салмина А.Б., Лященко Т.А., Назмутдинова Е.Е., Горина Я.В., Петрова Л.Л., Крюковская И.С. Мастер-класс как форма профессиональной подготовки провизоров// Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №6. – С. 97-99.

## **ИНТЕНСИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ-МЕДИКОВ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ**

**Замалетдинова Г.С.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

Ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены современные методы обучения специалистов медиков иностранному языку. Дана специальная модель обучения.

**Ключевые слова:** интенсивное, иностранный язык, специальная модель.

## **АДИСТЕР-МЕДИКТЕРДИ ЧЕТ ТИЛГЕ ИНТЕНСИВДҮҮ ОКУТУУ**

**Замалетдинова Г.С.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Резюме:** Макалада адистер-медиктерди чет тилге окутуунун заманбап ыкмалары көрсөтүлгөн. Окутуунун атайын модели сунушталган

**Башкы создор:** интенсивдүү, чет тил, атайын модель.

## INTENSIVE FOREIGN LANGUAGE TRAINING OF MEDICAL SPECIALISTS

Zamaletdinova G.S.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This article deals with modern of foreign languages teaching to medical specialists. There is given special model of teaching.

**Key words:** intensive, foreign languages, special model.

Обучение специалистов иностранному языку в сжатые сроки (3-6 месяцев) предусматривает решение ряда важнейших психологических: лингвистических и методических проблем.

Рациональные пути и приемы, используемые нами с целью реализации многообразных компонентов указанных проблем, позволяют обучающимся практически овладеть иностранным языком.

Достижение практического овладения иностранным языком подразумевает прежде всего прочные знания, умения и навыки специалистов-медиков в области доминирующей формы устной коммуникации профессиональной диалогической речи. В пользу такой формы общения говорит и сама деятельность профессионала особенно врача. Поэтому очень важно так организовать обучение медиков по иностранному языку, чтобы оно могло полностью обеспечить как ведение расспроса больного в поликлинике, стационаре, или на дому, так и беседы со средним и младшим медицинским персоналом. Кроме того необходимо овладеть и чтением для извлечения информации из письменных иностранных источников (оригинальные медицинские журналы, проспекты лекарств и т.д.) и в определенной степени – письмом для ведения документации, принятой в медицинской практике за рубежом.

Отрицательное влияние на усвоение иностранного языка оказывают возрастные особенности памяти и привычки опираться не на слуховое, а на зрительное восприятие учебного материала. При организации ускоренного обучения возникают дополнительные трудности, связанные с учетом условий будущего общения врачей с пациентами, которые часто не будут в достаточной степени владеть языком-посредником. Отсюда врач должен обладать большой гибкостью при пользовании иностранным языком. В ряде случаев у нашего врача могут возникнуть трудности в понимании иноязычной речи пациента из-за различных грамматических, а главным образом, фонетических искажений, особенности в области ритма.

При общении с пациентами, врачами, средним и младшим персоналом немаловажное значение имеет умение специалистов владеть основами эмфатической интонации с тем, чтобы даже с помощью элементарных лексико-грамматических средств добиваться требуемой реакции на свое высказывание или приказание.

Таким образом, организация процесса ускоренной подготовки по иностранному языку в описанных условиях требует разработки специальной модели обучения, позволяющей, с одной стороны, успешно преодолевать трудности, связанные с психологическими особенностями обучаемых с особыми условиями их (обучения, со спецификой их будущей работы, а с другой стороны, эффективно опираться на положительные стимулы, возникающие в результате большой потребности у специалистов в практическом использовании иностранного языка.

Создание модели «обучения, охватывающего весь курс ускоренной языковой подготовки, требует:

- а) выделение наиболее типичных ситуаций общения, а именно «врач пациент», «врач-мед. персонал», «врач-врач» для установления необходимого уровня владения устной речью,
- б) отбор лексико-грамматического материала, обеспечивающего общение в выделенных типичных ситуациях;
- в) приемы ускоренного обучения диалогической речи, способствующие использованию всех положительных факторов (наличие четких установок, конкретность ситуаций и др.), и нейтрализующие отрицательные моменты (в том числе наличие состояния заторможенности, при пользовании иноязычной устной речью, отсутствие у обучаемых достаточной филологической подготовки и среды изучаемого языка);
- г) построение общей схемы организации процесса ускоренного обучения с подразделением его на соответствующие этапы, отражающие связь между тематикой, языковым материалом и развитием умений и навыков диалогической речи для профессионального общения.
- д) проверку эффективности разработанных приемов применительно к различным исходным уров-

ням подготовки обучающихся.

В результате решения основных проблем ускоренного обучения иностранным языкам специалистом, разработаны и рекомендуются для успешного внедрения в педагогический процесс:

- 1) предварительные срезы - установление у обучающихся, уровня владения языком с целью:
  - а) определение степени умения осознанно конструировать предложения;
  - б) определения степени понимания различных вопросов и распоряжений на иностранном языке;
  - в) определения степени умения вести иноязычную профессиональную беседу.

Во время снятия срезов предварительно устанавливается и тип структуры характера обучающего в связи с установкой, а именно: цельный гармоничный с динамической установкой, конфликтный со статической установкой, переменный с переменной установкой. Полученные сведения помогают создавать благоприятную психологическую атмосферу. Последняя становится еще более эффективной при применении достижений психологии труда и психотерапии, а также основных положений общей психологии.

Корреляция между вышеперечисленными психологическими аспектами с опорой на основные требования психолингвистики, психологии речевой деятельности и теории коммуникации создаст необходимые психологические предпосылки для стройной организации обучения в ускоренные сроки

- 2) Типовые схемы расспроса пациентов, созданные сначала на русском языке после изучения обширной медицинской литературы, консультаций со специалистами, личного присутствия на беседах врачей в различных поликлиниках и больницах г. Бишкек и анализа многочисленных бесед.

Сопоставление полученных данных со сведениями, почерпнутыми из специальной, английской, американской, немецкой и др. иностранной литературы, привело к созданию следующих типовых схем расспроса пациента на английском языке

В поликлинике:

- a) Introduction (введение)
- b) Passport Dale (паспортные данные)
- c) Complaints (жалобы)
- d) Present History (анамнез заболевания)
- e) Past History (анамнез жизни)
- f) Physical Examination (физикальные исследования)
- g) Prescriptions and Instruction (назначения и рекомендации)

В больнице

- a) Introduction (введение)
- b) Complaints (жалобы)
- c) Present History (анамнез заболевания)
- d) Physical Examination (физикальные исследования)
- e) Prescriptions and Instructions (назначение и рекомендации)

При этом на дому у больного используется такая же схема расспроса, как и в больнице.

Отобранный для вычленившихся профессиональных ситуаций общения материал на английском языке, включающий и необходимые добавление к общим схемам (в зависимости от того, специалист какого профиля ведет расспрос) был подвергнут качественному и количественному анализу. Полученные объективные данные позволяют рекомендовать следующие основные варианты вопросов пациентов - иностранцев с некоторым учетом их возможного культурного уровня.

## I. Вопросы врача для диалога "врач-пациент" в поликлинических условиях

Introduction

1. Come in, please! (Come in, come in, You may. Yes, yes).
2. How do you do! (Good morning (afternoon, evening)!)!
3. Do you speak English? (Can you speak English? Do you understand English?)
4. Would you mind sitting with your face to the window? (Do sit down! Sit down, please Sit down)
5. Next, please (Next).
6. Will you wait a minute, please? (Wait a minute, will you? Wait a moment, please. Wait in the corridor! Wait!)
7. You should not open the door! (Don't open the door, please. Don't open the door!)

### Passport Data

1. What's your full name! (What`s your surname? What`s your Christian name?) What's your first name? What's your second name (family name?)
2. How old are you? (Would you kindly tell me your age? Your age)
3. Will you tell me your permanent address? (Your address, please. Where do you live? Where is your house? Do you live in X? Is X. far from here? In what street do you live?)
4. Would you like to tell me about your occupation? (What is your occupation? Your occupation, please? What do you do? Where do you work? Your profession? Where is your work? You don` t work, do you? Do you work?)
5. Are you married or single? (divorced, widowed)? (Have you a wife husband)? Have you family? How many children have you (have you got)? Tell me, how many people there are in your family?)
6. Would you mind telling me what your nationality, please? Your nationality? Are you Nupe or Hausa? Nupe?
7. What`s your education? (Your education, please? Your education? Did you go to school? Can you read and write? )
8. If you are a minor, please, tell me, who is legally responsible for you.

### Complaints

1. What are you complaining of? (What do you complain of? Your complaints, please? What troubles you? What exactly is the trouble? Whats` wrong? Have you had any pain? Where?)  
Present History.
1. Where do you feel the pain? (Is it painful here? That painful? Show me the exact point, please).
2. Have you been ill for a long time? How long? (How long have you felt pains here? How many days? A month? A week?)
3. What kind of pain? (Is your pain (cough, etc.) constant, severe, mild, etc.?) (with or without intervals?) Is your pain cramping? (burning, stabbing, etc.) Bad?
4. Does the pain occur before or after eating? (When does the pain begin? When do you feel the pain?)
5. Where does the pain radiate to? (Does the pain radiate? Where to? Where else do you feel pains?)
6. When did you first notice the symptoms? (When did you fall ill?) When did you first feel bad (unwell, dizzy, ect.)
7. How did the disease develop? (Did you begin to feel worse? In order, please.)
8. What makes you feel better? (In what position do you feel better? What helps you? Show me, please.)
9. Tell me, please, did you take any drug (medicine)? (Did you take any pills?)
10. What drug (medicine) did you take in? (What were they? Give me the name of the drug (medicine))
11. Did it relieve your symptoms? (Did you feel better after tablets (powder)? Did the drug help you? What drug (medicine helps you?))
12. Have you ever been injured, etcZ<sup>7</sup> [Were you injured? Were you operated on? Had you any injuries? Are you after any operation. After an operation?]
13. Did you seek medical advice (Did you consult any doctor? Did you go to see a doctor?)  
What was his diagnosis? (What did he say?)

### Past History

1. Were you in good health before? (Had you any illnesses before? Were you ill any time ago?)
2. How did you develop as a child? (Were you a normal child? Had you rachitis?)
3. Are you the eldest in your family? (What child are you (the first, second, third, etc.)? What diseases did you have in your childhood (when you were a child)? Had you scarlet fever (mumps, etc.?)]
4. What diseases had you in your teens and later on? [What illnesses did you have at the age, say, 16, 17 ... (when you were 16, 17 ...)?]
5. Did you suffer from any grave diseases? (Have you ever had tuberculosis or syphilis (infectious diseases, heart attacks, fits, fainting spells, etc.))]
6. And any of your relatives?
7. When did it happen? (When was it When?)
8. Would you tell me about any complications you had? (Had you any complications after your illnesses? Shall I explain to you what complication` means?)
9. Did you undergo any operations? (Were you operated on?)
10. Would you kindly tell me about your living conditions? [What living conditions have you? Have you good or bad conditions? Do you live in a good horse?]

11. You don't earn much, do you? [How much money do you earn? Your wages (salary)?  
How much money do you get?]
12. You don't smoke, do you [Are you a heavy smoker? Do you smoke?]
13. Have you a good appetite? [Is your appetite good?]
14. What about alcohol? [Do you drink any whisky, beer, etc.?]
15. Do you suffer from cough? [(Do you cough) Sweat, etc.?]
16. Are you troubled with palpitations? (shortness of breath, etc.)  
[Do you get short of breath? Are you short of breath when you work (run, sit)?]

#### Physical examination

1. Open your mouth, will you? [Open your mouth, please. Open your mouth.]
2. Put out your tongue. [Stick out your tongue. Show me your tongue. Just your tongue.]
3. Your tongue is rather coated. [Your tongue is not clean ]
4. Say 'ah' please. [Say after me: ah!. Ah`, please.]
5. Turn your head, will you? [With your head to the window. Look at the door (window).]
6. Try to swallow. [Swallow, please. Do like that, please ]
7. Follow my finger with your eyes. [Look at my finger.  
Don't move your head but follow my finger to the right. Now, to the left, up, down]
8. Have you a good eyesight (hearing)? [Have you good eyes (good car)?]
9. Come here if you can. [Here, please.]
10. Try to relax, please. [Be quiet].
11. Let me feel your pulse. (Put your hand on the table, please).
12. Will you stand still? [Stand still, please].
13. Don't move your shoulders. [Don't move]
14. I am going to examine you. [I'll examine you].
15. Strip to the waist, please [Take your clothes (things) off. Undress].
16. Unfasten your top clothes, please. [Just remove your shirt, will you? Your shirt]
17. Would you breathe deeply? [Breathe deeper. Breathe].
18. Try to take a deep breath, please. [Again. Breathe in]
19. Breathe out please. [breathe out].
20. Turn your back on me, please, [with your back to me]. Your back, please.  
Turn round please]
21. Have a cough. [Cough, please. Cover your mouth when coughing!]
22. Would you mind bending over? Bend over, please.
23. Lie down on the couch, please. [Lie down here (there)]
24. Try to lie down flat on your stomach (Just on your back (side))
25. Do bend your arm (leg). Bend your arm, please.
26. Do like this! [Stretch your arm, please.
27. Do like this! [Stretch your arm (leg), please. Stretch your arm, (leg)].
28. Keep your arm (leg) quite limp, will you
29. Does this hurt you? [It hurts? Painful?]
30. Do sit up. [Just sit up].
31. You may put your clothes on. [You may dress. Dress, please].
32. Let me measure your blood pressure. [Bare your arm, please. Give me your hand. Sit still].
33. Clench your teeth, will you? [Just clench your teeth].

#### Prescriptions and instructions

1. I suspect you have... [My diagnosis is ... You have...]
2. I'll prescribe some medicine (tablets, pills, powder, a gargle, drops, etc.) for you.  
[Here is a certain kind of medicine (a bottle with liquid, etc.) for you].
3. Take (have) this drug (a teaspoonful, tablespoonful) three times a day (daily) after (before) meals.  
(Swallow the pills (tablets) .. times daily).
4. Use this gargle twice a day. (This is a gargle for...)
5. Here is a prescription for... [Here is a paper for you. Order the drug at the chemist's].
6. You should keep on a liquid (salt less) diet. (No salt!)
7. You 'll have to be X-rayed. [You must go to the X-ray room]
8. You should keep fasting. [You mustn't eat during.. ]

9. I'll give you a referral for X-ray (urine, stools) examination.
10. You must collect your urine (stools, sputum) in a bottle and bring it to the laboratory .
11. Try to keep the bed (Lie (stay) in bed).
12. The nurse will get an order to give you injections. The nurse will give you injections... day.
13. There is nothing to worry about (be afraid of). (Don't worry).
14. Everything will be all right [You'll soon recover. You will feel better soon. You'll be well soon].
15. Follow all my recommendations (instructions). (Do what I advise you]
16. You should consult a specialist [Get in touch with a specialist]
17. You'll have to come back again on...at...o'clock. Come back again in 5 days, please.

## II. Вопросы врача для диалога «врач - пациент» в госпитальных условиях

### Introduction

1. Good morning (afternoon, evening)! [How are you today? How are your spirits? Morning!]
2. Would you like a private room or a general ward? (on admission).

### Complaints

1. How are you feeling today? [How do you feel at present? Oh, I see you are better today. How is our patient today? What are your complaints? Are there any complaints?]
2. Have you any feeling of nausea (vomiting, etc.) this morning? (this afternoon, this evening). [Do you feel sick (vomiting, etc.) Nausea (vomiting, headache, pains in the heart, etc.)?]
3. How did you sleep? Was your sleep good (well)? [Did you sleep all night? Did you wake up with pain? Were there any nightmares (any bad dreams)? ]
4. Have you a good (bad) appetite now? [How do you eat? Do you eat with pleasure?]
5. What stool (discharge) have you? [Did you move your bowels (pass water)? Do you have a regular stool? How much?]
6. Did you experience any pain while moving your bowels (passing water)?
7. [Did you feel any pain in the lavatory? Had you pain in moving bowels (passing water)?]
8. Your heart (stomach, liver, etc.) still troubles you, doesn't it? (What about your heart (stomach, etc.)? Does your heart (stomach, etc.) trouble you now?
9. Are there any other complaints or not? [Have you any other complaints? Other complaints? ]
10. Let me look at the temperature chart. [What temperature have you today? Your temperature? ]

### Physical examination

1. Will you lie still (sit up), please [Lie still ( sit up quietly, please. Lie still)]
2. Let me feel your pulse. [Your hand. Don't talk. Your pulse. Stop talking.]
3. Just remove your undershirt, will you? (Remove your undershirt, please. Remove your undershirt)
4. Try to breathe deeper, please. [Breathe deeply, please. Breathe deeply, please. Breathe, please].
5. Lie on the stomach (side), will you? [Lie on the stomach (side), please. On the stomach (side)!]
6. Hold your breath, will you? [Don't breathe, please. Don't breathe!]
7. Breathe in (out), please. [Breathe in (out). Sigh deeper!]
8. I'm going to palpate you. [Let me palpate you. I'll check your liver.]
9. Would you mind relaxing your abdomen? More, please [ Relax your belly, please]
10. Would you try to stretch your hand (leg). [Try to stretch your hand (leg), please. Stretch your hand (leg) like I do it].
11. Look up (down), will you? [Look up (down), please. Look up (down)]
12. Will you show me your teeth, please. Show me your teeth.
13. Try to bend your leg (hand), please. [Bend your leg (hand), please. Bend your leg (hand)].
14. It hurts you, doesn't it? [Does it hurt you? Is this painful?]
15. The pain radiates over the (entire) left arm (leg), doesn't it? [Do you also feel pain in the left arm (hand, leg)? Is there pain also in the left hand (leg)?]
16. Can you feel (taste, smell, hear, see, etc.) that? [Do you feel (taste, etc.)? Feel (taste, etc.) that?]
17. I'd like to measure your blood pressure. [Let me measure your blood pressure. I'll measure your blood pressure]
18. Your blood pressure (skin, head, heart, etc.) is much better today, I'm glad [Your blood pressure (skin, etc.) is.
19. You follow all my instructions, don't you? [Do you follow all my instructions? Do you do as I ordered? ]

### Prescriptions and instructions

1. Go on taking the same drugs, f Take the drugs regularly. Have the pills (tablets, etc.)
2. Try to sleep more, will you [Sleep more! Don't walk much! Stay in bed most of the time.]
3. You would have to collect your urine (stools, etc. I [You'll have to collect your urine (stools, etc.)  
You must collect your urine (sputum) ]
4. I'll prescribe some medicine for your headache (heart, etc.) [I'll prescribe some tablets (pills, etc. I for you.) The nurse will give you an injection to deaden the pain]
5. We must perform some major | minor) operation. [You should undergo some operation].
6. Will you sign this consent for the operation, please? [Sing this consent for the operation, please].
7. If you refuse to let us operate on (treat you), you must sign this statement [If you are against our advice, sing, please].
8. I recommend you to abstain from smoke. [I advise you to give up smoking .No smoking now.]
9. Try not to have heavy food. [Light food is advisable for you. No big food ]
10. Be quiet. Don't worry. | If you follow all my instructions, you'll soon recover (feel, better, be well)].

### III. Вопросы врача для диалога « врач - медицинская сестра »

1. Here is the appointment for Wednesday.
2. Write down the referral for X-ray ( stool, sputum, etc. )
3. Patient A. daily urine ( sputum ),etc. blood for ESR (erythrocyte sedimentation rate), ECG (electro-cardiogram).
4. Patient B [ must be X-raved and, besides, give him 3 injections a day of penicillin till the temperature falls.
5. No resepin, raunatin instead.
6. Don't forget, please, throat (post-nasal, wound, etc.) swabs of Patient C. for tomorrow.
7. Try to prepare Patient D. for pleural (liver, etc.) biopsy.
8. Mind Patient's E. spleen (gland, vene, etc.) puncture!
9. I suspect a venereal disease. Without any delay the Wassermann and other blood tests must be performed.
10. During the week we'll have to get the results of the examination for malignant cells (besal metabolism, prothrombin time, etc.)
11. That's all for today.
12. Prepare Patient F. for discharge, will you?

Для рациональной организации профессионального общения «врач-врач» (непосредственно или опосредовано – через больного, его родственников или мед. сестру (брата) служит разработанная нами схема –

### Case report scheme

- |            |  |
|------------|--|
| Profession | 1. Passport Data<br>Surname,<br>Initials Age   |
|            | Date of Admission  |
| Profession | 2. Complaints  |
|            | 3. Present History   |
|            | 4. Past History (briefly)  |
|            | 5. Physical Examination inspection palpation<br>percussion<br>auscultation   |
|            | 6. Laboratory Data blood analyses urinalyses tests<br>biochemistry studies<br>stool for ova or larve of parasites<br>X-ray examination<br>ECG, BCG, PhCG<br>Bacteriological Studies<br>Histological Studies<br>Swab, washing |
|            | 7. Provisional (initial) Diagnosis   |

Clinical Diagnosis  
Final Diagnosis (confirmed)  
Presumptive Diagnosis  
Establishment of the Diagnosis Final (confirmed)  
8. Treatment given  
9. Prognosis  
(Instructions and Prescriptions)

Рекомендуемая схема в целом или отдельные ее части могут также широко использоваться для организации общения практически неограниченного числа участников в профессиональных дискуссиях, врачебных конференциях, симпозиумах и т.д.

Интенсивное обучение английскому языку для профессиональных целей наиболее затруднительно именно на первых порах, когда влияние прошлого опыта изучения иностранного языка особенно сильно. Поэтому в самом начале работы возникает необходимость разрушить прежние установки и выработать новые в связи с новыми условиями и особенно в связи с конечной целью обучения, которая воспринимается обучающимся как очень трудно достижимая. Эти новые установки требуют психологической подготовки обучающихся не только определенному характеру, но и к весьма интенсивному темпу обучения, от реализации которого во многом зависит успех дела. Успешное овладение иностранным языком в значительной мере зависит и от индивидуальных особенностей восприятия и памяти специалистов, проходящих курс ускоренного обучения. Поэтому установка на практическое овладение иностранным языком должна подкрепляться такой презентацией учебного материала, которая учитывает и разность в возрасте врачей и индивидуальные особенности их памяти.

В методическом плане создается иерархия эффективных учебных установок. Уже на первом занятии врачам дается «генеральная» установка на практическое овладение микро языком медика, а из нее вычленяется установка на овладение диалогической речью, из которой, в свою очередь, возникают установки на усвоение иноязычной речи профессионального и бытового характера и т.д.

Взаимосвязанные психологические и методические установки подкрепляются объективно отобранным материалом и специально разработанной системой таблиц для всех этапов ускоренного обучения специалистов. Реализация такого учебного материала не исключает и наиболее эффективные традиционные методы (прямой и обратный перевод, организация монологической речи и др.) и предусматривает широкое использование специальной системы подготовительных и речевых упражнений с применением технических средств, как в аудированных, так и лабораторных условиях.

Так, на начальном этапе – при овладении специфически организованным вводным фонетико-орфографическим курсом английского языка – усваиваются фонетические таблицы, отражающие соответствующие артикуляционные и графические требования, а также отобранный для данной ступени обучения лексический материал, примерно половина объема которого, составляет медицинская лексика, и упражнения на усвоение, главным образом, устной диалогической речи.

По мере прохождения учебного материала, когда все больше реализуется профессиональная направленность процесса ускоренного обучения медиков, – на среднем этапе – подключаются необходимые грамматические таблицы и специальная система упражнений (диалогические и монологические) в связи с конкретной тематической на базе отобранного лексико-грамматического материала, представленного в виде оригинальных текстов и диалогов по специальности.

Завершающий этап – венец владения иноязычным профессиональным общением – дает возможность достигнуть высокого уровня вербального контакта с иностранцами в различных жизненных ситуациях. Наиболее эффективные приемы овладения профессиональным иностранным материалом – это так называемые условно-естественные ситуации, занимающие весьма весомое место в системе ускоренной языковой

Регулярно проводимые тренировки целостных ситуаций (полный расспрос пациента, врачебные конференции и др.) и резюмирование обширных тем (сердечно-сосудистые заболевания, операции на брюшной полости, инфекционные болезни, пульмонологическая служба и др.) способствуют успешному закреплению усвоенного ранее вокабуляра и синтаксических структур в варьируемых ситуациях общения, оптимально напоминающих реальные жизненные условия. Привычная обстановка, создаваемая с помощью широкого использования условно-естественных ситуаций, повышает усвоение требуемого учебного материала, устраняет психогенные факторы, тормозящие особенно развитие речевых навыков, вызывает, тормозящие особенно развитие речевых навыков, вызывает положительные эмоции у обучаемых.

При ускоренном обучении с установкой на преобладающее владение одним из видов речевой

деятельности, практическое овладение проводится с учетом важности взаимодействия с другими видами речевой деятельности (чтением и письмом), а также при правильной организации взаимосвязи между отобранным языковым материалом и задачами конкретного этапа обучения в области развития умений и навыков.

**Активный запас (продуктивно)**

**Пассивный запас (рецептивно)**

I этап

*Лексика*

500 лекс, единиц

100 лекс, единиц

*Грамматика*

Present indefinite tense 'be', 'have', 'can'

**мн. число существ.**

Повелительное наклон. (2 лицо)

Структура предложений

Вопросительные предложения

(общие, альтернативные, специальные)

II этап (1/2 месяца)

*Лексика*

1000 лекс. единиц 200 лекс. единиц

*Грамматика*

Степени сравнения прилагательных

Past, Future Indefinite Tenses

Present Continuous

Модальные глаголы ("can", "must", "may", "should", "have to")

Повелительное наклонение (1 и 3 лицо)

Present Perfect Tense

Indefinite Tenses Passive

There is/are во время Indefinite

III этап

(1 1/2 месяца)

*Лексика*

1000 лекс. единиц

200 лекс. единиц

*Грамматика*

Неличные формы глагола

Passive всех пройденных Времен

Модальные глаголы ("would", "shall", "will", "ought")

Сослагательное наклонение

Раздельные вопросы

Past и Future Continuous Tenses

Сложное предложение

Косвенная речь

Оборот "To have something done"

IV этап (2 месяца)

*Лексика*

1500 лекс. единиц

*Грамматика*

Герундиальные и инфинитивные работы

Указанный объем может варьироваться в зависимости от общей цели обучения и конкретных задач каждого этапа.

Хотя эффективность разработанной методики проверялась на материале английского и немецкого языков, все принципы отбора языкового материала по выделению ситуации общения, а также методика применения условно-естественных ситуаций в сочетании с другими эффективными приемами могут быть перенесены на подготовку любого специалиста по любому языку.

Условно-естественные ситуации, как особый методический прием, могут оказаться весьма полезными не только для ускоренного обучения, но и вообще как более эффективный вариант ролевой игры для развития устной речи даже на начальном этапе работы над иностранным языком.

Успешная реализация рациональных путей и приемов ускоренного обучения иностранным языкам заключается также в последовательном выполнении преподавателем и обучающимися сле-

дующих рекомендаций: использовать иерархию срезов: в первый день или через неделю (если преподаватель не знает иностранного языка, ранее изучавшегося испытуемыми) после интенсивного обучения (см. наши рекомендации по предварительным срезам), 2-3 среза – контрольных на каждом этапе (в зависимости от отводимых на языковую подготовку часов) с обязательным финальным срезом в конце этапа (помимо предусмотренных программой зачета или экзамена).

Рекомендуем финальный срез, охватывающий наиболее важные программы контрольные моменты пройденного учебного материала, проводить за 1-2 недели до зачета или экзамена.

Такая предэкзаменационная (предзачетная) проверка знаний, позволяет снять у обучающихся напряжение, отшлифовать индивидуально требуемые детали, вселить уверенность в собственные силы и, таким образом, она превращает экзамен (зачет) из «страха» в приемлемую атмосферу демонстрации своих приобретенных знаний, умений и навыков.

#### **Литература:**

1. *Китайгородская Г.А. Методика интенсивного обучения иностранным языкам. -1986. - М. – с. 103.*
2. *Иностранный язык для специалистов. Психологические, методические, лингвистические аспекты. – М – Наука, 1990. – С. 212.*
3. *Learning and teaching modern languages for communication. –Strasburg. - Council of Europe Press. – 1988.*
4. *Scales of Language Proficiency. A survey of some existing systems. –Strasburg. - Council of Europe Press. - 2003.*

### **ЭЛЕКТИВ ПО ЛАТИНСКОМУ ЯЗЫКУ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ**

**Дюшекеева А.К., Сыдыкова Ж.Ж.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева  
Кафедра иностранных и латинского языков  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной статье описан элективный курс, который предусматривает обучение латинскому языку при определенном количестве часов в медицинских высших учебных заведениях. Рассматриваются организация и проведение элективных курсов, а также тематика курсов и их роль в подготовке будущих врачей.

**Ключевые слова:** терминология (анатомическая, клиническая, фармацевтическая), электив, латинская терминология, словообразование.

### **МЕДИЦИНАЛЫК ЖОГОРКУ ОКУУ ЖАЙЫНДА ЛАТЫН ТИЛИ БОЮНЧА ТАНДАЛМА САБАГЫ**

**Дюшекеева А.К., Сыдыкова Ж.Ж.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Чет тили жана латын тили кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Берилген макалада медициналык жогорку окуу жайында латын тили боюнча тандалма курсу сүрөттөлгөн. Тандалма курсун уюштуруу жана өткөрүү жана ошондой эле курстун тематикалары жана алардын дарыгерлерди даярдоодогу ээлеген орду каралат.

**Негизги создор:** терминология (анатомиялык, клиникалык, фармацевтикалык), электив, латын терминологиясы, сөз түзүү.

### **ELECTIVE COURSE OF LATIN IN MEDICAL HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS**

**Duishekeeva A.K., Sydykova J.J.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Department of Foreign and Latin languages  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** This article describes elective course that provides the teaching of the Latin language in medical higher educational institutions. Also this article considers organizing and conducting elective courses, course subjects and their role in the training of future doctors.

**Key words:** terminology (anatomical, clinical, pharmaceutical), elective, Latin terminology, word formation.

За последние несколько лет в системе высшего образования все большую популярность приобретают элективные курсы. Элективные курсы являются составляющей учебного процесса в медицинских вузах, направлены на всестороннее развитие личности, углубление профессиональных знаний и навыков будущих врачей. Они не только дают возможность более углубленного овладения предметом, но также позволяют использовать ассоциативные, культурные и межпредметные связи, стимулируют самостоятельную работу студентов, развивают интерес к изучаемой дисциплине.

Латинский язык является профессиональным языком врача и провизора, поэтому его изучению в медицинском вузе должно уделяться особое внимание. Знание латыни закладывает основы успешного овладения такими предметами, как биология, нормальная и патологическая анатомия и физиология, фармакология, а также дисциплины клинического цикла. Проведение элективов по латинскому языку дает возможность для лучшего усвоения и углубления знаний по предмету. Более того, именно при проведении элективов возможно применение инновационных методик и креативного подхода к изучению дисциплины. Само понятие *электив* происходит от латинского глагола *eligo, elegi, elec – tum, eligere* 3 – *выбирать*.

Элективные курсы по латинскому языку делятся на профессионально-ориентированные и общекультурные, или гуманитарные. Поскольку изучение латинского языка и основ терминологии происходит в первый год обучения, то на первом курсе более логичным является проведение общекультурных (гуманитарных) элективных курсов. Целью таких курсов является развитие интереса к классическим языкам, античной культуре и искусству, повышение профессиональной грамотности и общей эрудиции студентов, а главной целью является как можно полное овладение научной медицинской терминологией по всем медицинским специальностям.

Эта цель реализуется в решении нескольких задач:

- ознакомление с грамматической структурой и основами синтаксиса классических древних языков;
- анализ медицинской терминологии в ее связи с лексикой классических языков;
- ознакомление с историей, культурой и бытом античной Греции и Рима;
- углубленное изучение латинских афоризмов и фразеологизмов;
- развитие навыков работы со словарями (медицинскими, толковыми, энциклопедическими, этимологическими);
- развитие навыков чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов.

Студентам-первокурсникам предлагаются элективы по следующим темам: на факультете «Медико-профилактическое дело» – «Латынь в медицинской терминологии», на факультете «Фармации» – «Латинский язык и фармацевтическая терминология». Изучение данных курсов требуют определенного уровня владения латинским языком, поэтому для них отводится второй семестр, к началу которого студенты владеют навыками чтения, основами грамматики и перевода анатомических терминов.

В рамках элективного курса студенты изучают грамматический материал, дополняющий базовый уровень грамматики латинского языка. В частности, осваивают всю систему склонения латинских существительных и прилагательных, знакомятся с глаголами в настоящем и прошедшем времени, изучают числительные и местоимения, получают дополнительные сведения о словообразовании и синтаксисе простого предложения. Элективный курс по латинскому языку предоставляет большую возможность для самостоятельной творческой работы студентов, занятия строятся на обсуждении докладов и презентаций, выполненных слушателями электива. Подобная форма работы способствует развитию навыков работы студентов с научной литературой, словарями, интернет-ресурсами, позволяет расширить и систематизировать базисные знания по всем терминосистемам (анатомической, фармацевтической и клинической). Подбор изучаемых терминов и понятий осуществляется также в зависимости от будущей специальности студентов. Например, студентов факультета «Медико-профилактическое дело» в большей степени интересуют анатомические и клинические понятия, в то время как фармацевты отдадут предпочтение понятиям ботанической и химической номенклатуры.

Тематика курса углубляет межпредметную интеграцию и позволяет студентам систематизировать и углубить базисные знания по нормальной анатомии. Знакомство с лексикой классической латыни и ее связями с медицинской терминологией развивает аналитические способности студентов, заставляя сопоставлять разные по происхождению, но близкие по значению морфемы. Тематика данного электива неразрывно связана не только с курсом анатомии, но и с курсом истории медицины, так как дает возможность проследить формирование и развитие анатомической терминологии и вклад

античных ученых в ее становление. Основным способом закрепления материала и формой итогового контроля является тестирование и написание доклада или реферата.

Стоит отметить, что в отличие от изучения базового курса латинского языка, где преимуществом является репродуктивный способ заучивания лексических единиц, на элективных занятиях преобладает поисковый метод обучения, стимулирующий познавательную активность студентов.

Развивающие методы обучения, используемые при проведении данных ресурсов, стимулируют в студентах способности к самообразованию, саморазвитию, самостоятельной постановке и решению задач, повышают мотивацию студентов к сознательному углубленному овладению профессиональным языком. При этом увеличивается лексический запас, совершенствуются знания по грамматике, повышается образовательный уровень. Стоит отметить, что руководство самостоятельной работой студентов при подготовке докладов, рефератов и презентаций все же является обязательным, в этом реализуется еще одна важная задача современного образования – взаимодействие педагога и обучаемого.

Как показывает практика, студенты, посещающие элективные курсы по латинскому языку, более успешны в освоении материала основного курса, они активно участвуют в различных конкурсах и олимпиадах, проводимых на кафедре. Отмечается большая заинтересованность в освоении нового дополнительного материала, самостоятельном поиске информации и грамотном анализе изучаемых тем.

#### **Список литературы:**

1. «Организация и проведение элективных курсов на кафедрах латинского языка и основ терминологии медицинских вузов: методические рекомендации» М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2007. 25 с.
2. Ермаков Д.С. Рыбкина Т.Н. «Элективные курсы: требования к разработке и оценка результатов обучения» // Профильная школа. 2004. №3. С. 6-11.
3. Г.В. Петрова. «Латинская терминология в медицине: справ. - учеб. пособие» - М.: Астрель: АСТ, 2009
4. С.А. Носков, М.С. Носков. «Краткий курс латинского языка для самостоятельного изучения» - М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2007.

### **СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОГО ПОСОБИЯ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ «РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ УСТНОЙ РЕЧИ» ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Кульбаева Г.Б.**

КГМА им. И.К. Ахунбаева, Зав. кафедрой русского языка, к.ф.н., доцент

**Соронкулова А.Г.**

КГМА им. И.К. Ахунбаева, Ст. преподаватель русского языка

**Аннотация.** В статье предлагается образец комплексного профессионально-ориентированного подхода к изучаемому материалу

**Ключевые слова:** коммуникативная компетентность, методическая целесообразность, адаптация, смысловой анализ, компрессия текста.

### **ОРУС ТИЛИ БОЮНЧА ОКУУ КОЛДОНМОНУН ТҮЗҮЛҮШҮ ЖАНА МАЗМУНУ (СТУДЕНТ-МЕДИКТЕРДИН ООЗЕКИ КЕИ КӨНДҮМДОРҮН ӨНҮКТҮРҮҮ ҮЧҮН)**

**Аннотация.** Бул макалада окутулган материалга карата комплекстик кесиптик-багыттоочу мамиленин үлгүсү сунушталат.

**Негизги создор:** коммуникативдик компетенттүүлүк, усулдк максатуулук, адаптация, маанилик анализ, текстин көлөмүн кыскартуу.

### **STRUCTURE AND CONTENT OF THE RUSSIAN LANGUAGE TEXTBOOK FOR THE MEDICAL STUDENTS "DEVELOPMENT OF ORAL COMMUNICATION SKILLS"**

**Abstract.** The article suggests a sample of a comprehensive professional-oriented approach to the under study material.

**Key words:** communicative competence, methodological expediency, adaptation, semantic analysis, text compression.

Одной из главных задач обучения русскому языку нерусских студентов является подготовка учащихся к овладению специальностью на базе русского языка. В связи с этим решающее значение придается обеспечению студентов языковыми знаниями, умениями и навыками в различных видах речевой деятельности.

Учебное пособие для занятий по русскому языку предназначено для студентов 1-2 курсов, обучающихся на различных факультетах КГМА.

Материал пособия построен с учетом принципа активной коммуникативности, а структура занятий охватывает не только этапы обучения, но, прежде всего, ориентирована на сферу общения и профиль обучающихся.

Следует отметить, что профилизация – это не дублирование, не подмена одного предмета другим. Профессиональная направленность занятий по русскому языку позволяет преподавателю глубже раскрыть содержание изучаемого предмета, способствует повышению интереса студентов к русскому языку.

Студенты должны осознать, что для людей, чья профессия связана с речевым общением, в том числе медиков, умение излагать свои мысли очень важно. Ведь словом можно убить и оживить, ранить и излечить, посеять безнадежность и дать надежду, поэтому словом нужно уметь пользоваться.

Научить студентов умению пользоваться словом – значит формировать в них коммуникативную компетентность, поскольку она связана с обучением построению развернутых высказываний. В лингводидактике в связи с этим в качестве основной единицы принят текст [1].

В нашем пособии текст рассматривается как источник информации и как объект аннотирования и реферирования, и как материал для обучения говорению, как образец речевых лексико-грамматических явлений.

При создании учебного пособия учитывались современные достижения в методике преподавания русского языка как неродного [2], требования к пособиям и учебникам нового поколения, а также накопленный опыт и свое видение методической целесообразности.

Руководством для пособия стал принцип коммуникативной направленности обучения русскому языку, который получил отражение как в содержании текстового материала, что выражается в информативности и проблемности текстов, побуждающих к общению, так и в свой системе заданий.

Учебное пособие состоит из 6 частей. Каждая часть представляет собой тексты с различными видами заданий, тематически связанных со специализацией обучающихся.

В первую часть вошли тексты, связанные с этическими проблемами медицины: «Святая ложь», «Дети-инвалиды» и др. Во второй части – тексты для студентов лечебного факультета: «Табак и курение», «Гипноз – это не магия»... В третьей части – тексты для студентов стоматологического факультета: «Рентген зубов провоцирует рак мозга», «Зубы в фольклоре» и др. В четвертую часть включены тексты для студентов педиатрического факультета: «Мобильный телефон и здоровье детей», «Волчья пасть»... В пятой части – тексты для студентов фармакологического факультета: «Алхимики», «До еды или после»... В шестой части собраны тексты под рубрикой «Жизнь замечательных людей». Студенты знакомятся с творчеством, узнают интересные факты из жизни Н.И. Пирогова, Ибн Сины, Леонардо да Винчи, И.К. Ахунбаева и др.

Особое внимание было уделено отбору текстов и бережной их адаптации. Исходя из профессиональной ориентации и сфер общения авторами были подобраны такие тексты, которые являлись источником: а) информации, необходимой для завершающего речевого произведения; б) новых слов, терминов и терминологических сочетаний, характерных для медицинской лексики и обогащающих активный словарь обучающихся; в) конкретного языкового материала, необходимого для оформления речевого высказывания; г) морально-этического воздействия на студентов; д) профессиональных знаний [3].

Работа с текстом предусматривает последовательное обучение всем видам речевой деятельности: слушание, говорение, чтение и письмо и включает в себя предтекстовые, притекстовые и послетекстовые задания.

Предлагаемые задания разнятся по своим целям и задачам и позволяют совершенствовать понимание содержания речи, оформления высказывания в соответствии с языковыми нормами, принятия решений в выборе языковых средств и их организации для осуществления речевых действий, анализа языкового материала, подтверждения (опровержения) чего-либо; аргументации собственной точки зрения. В пособии имеются задания и тренировочно-обучающего характера, проблемно-коммуникативные, ситуативные, а также задания, обучающие речевому этикету.

Вопросы и задания подобраны по принципу от простого к сложному, постепенно подводя к выполнению проблемных коммуникативных задач. Работа над текстом позволит студенту освоить навык смыслового анализа. Передачу его краткого содержания, навык оценки, полученной в тексте информации, конспектированию, тезированию, компрессии текста и свои высказываний, рецензий и т.д.

Учебное пособие предполагает аудиторную и самостоятельную работу в процессе обучения.

Рассмотрим работу с текстом «Дети – инвалиды». Грамматическая тема: «Слова-приложения».

**Задание 1.** К следующим словам подберите контекстуальные синонимы: *страдания, катастрофа, ужас*.

**Для справок:** муки, крушение, кошмар, авария, угрызения, бедствия, жуть, терзание.

**Задание 2.** Образуйте словосочетания, определите падеж выделенных существительных и составьте с ними предложения.

угрызения + *совесть*;

страдания + *больной*;

терзания + *душа*;

муки + *ребенок*.

**Задание 3.** Как вы понимаете словосочетания «серый день», «железные нервы», «душевные терзания». Опишите ваше понимание применительно к больному и медицинскому персоналу.

**Задание 4.** Продолжите предложение.

Неблагоприятная экологическая обстановка – это когда...

**Задание 5.** Как образовались следующие слова: *немаловажный, безработица, генофонд, многодетный?*

**Задание 6.** Замените выделенные слова в словосочетаниях синонимичными:

*Гуманное* отношение, *безответственное* отношение, *запущенные* болезни, *невозможно* исправить, *неизлечимая* болезнь, *расходовать* деньги, *ощущать* боль.

**Задание 7.** Перестройте вопросительные предложения, употребляя частицы *ли, разве, ужасно*.

- а) – Число детей – сирот сократилось в последнее время?  
– Нет, значительно выросло.
- б) – Только социальные проблемы способствуют рождению детей-инвалидов?  
– Нет, не только социальные проблемы, но и экологическая обстановка и безответственность самих матерей.
- в) – Нельзя помочь детям-инвалидам?  
– К сожалению, очень трудно.
- г) – Этому ребенку поможет операция?  
– Мы надеемся, что поможет.
- д) – Может сирота вырасти полноценным членом общества?  
– Конечно, может.

#### **Обратите внимание**

**В словах-приложениях дефис ставится в тех случаях, если:**

- приложение и определяемое слово – нарицательное существительное:  
*ученый-биолог, девочки-подростки, город-герой;*
- приложение – имя собственное стоит перед определяемым словом:  
*Москва-река, Бишкек-город.*

При обратном порядке слов – нет дефиса: *река Москва, город Бишкек.*

**Задание 8.** Вставьте, где необходимо, дефис в следующих словах: студенты...медики, юноша...спортсмен, конкурс...викторина, грамм...молекула, дом...музей, девочки...подростки, река...Нарын, врач...анестезиолог, школа...интернат.

**Задание 9.** Прочитайте текст.

Дети-инвалиды, брошенные на произвол судьбы, – страшная сторона нашей жизни. Число таких обездоленных детей катастрофически растет с каждым годом. Жертвами каких факторов они становятся? Их великое множество: безответственность, так называемых, мам-алкоголиков, родителей-наркоманов, которые вдруг задумали воспроизвести свое чадо на свет. Но увидев младенца-мутанта, отдаленно напоминающего нормального ребенка, они тут же отворачиваются от него, и приступ материнского порыва мгновенно улечивается.

Мучаются ли они хоть изредка угрызениями совести, просыпаются ли в холодном поту от мысли о муках ребенка, которого они оставили на произвол судьбы, повесив на шею государства-опекуна?

Еще одним немаловажным фактором является неблагоприятная экологическая обстановка. Природа-мать мстит нам, людям, за свое загрязнение и разрушение. Например, в районах, прилегающих к Семипалатинскому полигону, дети поселились в 12 лет! Все там пропитано ядерными отходами-химикатами, отчего страдает все живое. Кто виноват в том, что живущие там дети лишены счастливого детства?

Рождению детей-инвалидов в немалой степени способствуют социальные проблемы: безденежье, безработица, нехватка медикаментов и продуктов питания у малоимущих семей-бедолаг. Чем иначе объяснить запущенные болезни (туберкулез, нефриты, диабет, венерические заболевания), отрицательно влияющие на генофонд?

В Кахановке, под Москвой, в специализированном детском доме живут необыкновенные дети: с головой, из которой растет другая голова; с ручками-кистями, как у лягушонка, и с не закрывающимися глазами. В этом специализированном доме ребенка живут более 150 детей до 6 лет с врожденными крайне тяжелыми патологиями. Годовалая Юлечка, от которой отказалась 16-летняя горемать, плачет кровью, потому что у нее нет слезного канала, у нее нет даже кожи! И одному Богу известно, сколько еще будет мучиться этот ребенок-несчастье.

И таких людей в мире много. Вся их жизнь – бесконечный серый день и длинные темные ночи с нестерпимыми физическими и мучительными душевными терзаниями. Гуманно ли мы поступаем, оставляя их жить?

Нужны железные нервы и огромное, доброе сердце техническому и медицинскому персоналу, няням-сиделкам, ухаживающими за такими детьми. Ведь даже родители, которые не отказались от своих детей-калек, говорят, что предпочли бы, не иметь детей вовсе, чем видеть муки своего несчастного ребенка, ощущать свою беспомощность. И большее всего то, что этих детей невозможно сделать счастливыми, в их глазах часто светится не только боль, но и ненависть ко всему и ко всем. Кому интересно жить прикованным к постели, когда даже покушать самостоятельно не можешь и во всем зависишь от окружающих?

Сотрудник Кыргызского НИИ онкологии и радиологии рассказывает, что недавно к нему пришли молодые супруги с просьбой избавить их от уродливых детей. Долгие годы на них тратились нервы, время, труд, немалые деньги. *Но теперь, когда нищета стала грозить их семье, они не могут больше выносить это бремя.* Эти супруги достойны только осуждения? Есть ли выход из сложившейся ситуации?

**Задание 10.** Найдите в тексте слова-приложения и объясните их правописание.

**Задание 11.** Прочитайте утверждения. Согласитесь или опровергните одно из них.

1. Если жизнь человека представляет собой нестерпимые страдания, то эвтаназия будет гуманным шагом, избавив его от мучений.
2. Эвтаназия по отношению к безнадежно больным людям целесообразна с чисто экономической точки зрения, т.к. сохраняет огромные деньги государственного бюджета, расходующиеся на содержание инвалидов.
3. Эвтаназия негуманна, т.к. лучше жизнь с нестерпимыми мучениями, чем смерть.

**Задание 12.** Продолжите диалог.

- П. – Поймите меня правильно. Я студентка, живу в общежитии. Я из многодетной семьи и, чтобы была возможность учиться, должна подрабатывать. Я не имею возможности содержать ребенка и хочу написать официальный отказ от него. Я думаю, что государство позаботится о нем!
- В. – Вам не кажется, что Вы должны были подумать о последствиях раньше, а не производить на свет ненужного Вам ребенка?
- П. – Я согласна, но...

**Задание 13.** Ответьте на вопросы.

1. В чем общественная значимость данной статьи?
2. Есть ли в тексте предложения, для которых характерна точность словоупотребления?
3. Какие средства автор использовал для воздействия на читателей?

**Задание 14.** Выразите свое согласие или несогласие с позицией автора, приведите свои аргументы.

**Задание 15.** Составьте из следующих предложений текст. Запишите его. С помощью каких грамматических средств предложения объединяются в текст?

1. Еще немаловажным фактором появления детей-инвалидов является неблагоприятная экологическая обстановка.
2. Число таких детей растет с каждым годом.
3. Нужны железные нервы и доброе сердце людям, которые ухаживают за ними.
4. Дети-инвалиды – страшная сторона нашей жизни.
5. Они рождаются в результате безответственности мам-алкоголиков, наркоманов.

#### *Литература*

1. Зимняя И.А. Психология обучения языку. М.: Русский язык, 1989. 219 с.
2. Ларионова Л.Г. Методика преподавания русского языка. М.: Просвещение, 2010. 120 с.
3. Лосева Л.М. Как строится текст / под ред. Г.Я. Солганика. М.: Просвещение, 1980. 94 с.

### **СПОСОБЫ И ПРИЕМЫ СЕМАНТИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЛЕКСИКИ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ РУССКОМУ ЯЗЫКУ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ**

**Н.Т. Молдокматова, Т.К. Мамытов**

КГМА им. И.К. Ахунбаева

Кафедра русского языка/зав. кафедрой к.ф.н., доц. **Г.Б. Кульбаева**

**Резюме.** В статье вкратце представлен лингвистический анализ медицинской терминологической лексики, которая функционирует в научных и учебных медицинских текстах, а также показаны пути их семантизации.

Практические цели обучения студентов-медиков русскому языку направлены на овладение профессиональной лексикой.

**Ключевые слова:** семантизация, медицинская терминология, студенты-медики, профессиональная лексика.

### **СТУДЕНТ-МЕДИКТЕРГЕ ОРУС ТИЛИН ОКУТУУ ПРОЦЕССИНДЕ КЕСИПТИК ЛЕКСИКАНЫН МААНИСИН БЕРҮҮНҮН ЫКМАЛАРЫ**

**Н.Т. Молдокматова, Т.К. Мамытов**

И.К. Ахунбаев атындагы КММА

Орус тили кафедрасы/каф. башчысы ф.и.к., доц. **Г.Б. Кульбаева**

**Корутунду.** Макалада илимий жана атайын окуу тексттеринде кездешүүчү медициналык терминологиялык лексиканын кыскача лингвистикалык талдоосу берилип, алардын маанисин чечмелөөнүн ыкмалары аталат. Студент-медиктерди орус тилине окутууда практикалык максаттардын жүзөгө ашырылышы кесиптик лексиканы өздөштүрүүдөгү көндүмдөрдү жана жөндөмдүүлүктөрдү калыптандырууну камсыздайт.

**Негизги создор:** семантизация, медициналык терминология, студенттер-медиктер, кесиптик лексика.

### **METHODS AND TECHNIQUES OF SEMANTIZATION OF PROFESSIONAL VOCABULARY IN THE PROCESS OF TEACHING THE RUSSIAN LANGUAGE TO MEDICAL STUDENTS**

**N. T. Moldokmatova, T. K. Mamytov**

KSMA named by I. K. Akhunbayeva

Russian Language Department/head of the Department Ph.D., **G. B. Kulbayeva**

**Summary.** The article briefly presents the linguistic analysis of medical terminological vocabulary, which functions in scientific and educational medical texts, and also reveals the ways of their semantization.

Practical goal of training medical students in the Russian language for mastering professional vocabulary.

**Key words:** semantization, medical terminology, medical students, professional Lexic.

Русский язык используется не только как язык межнациональной, межнациональной и международной коммуникации, но и как язык профессионального обучения.

Перестройка структуры и содержания высшего образования, новые требования к образовательному уровню медицинских специалистов, их конкурентно способности при свободном трудоустройстве обуславливают качественное изменение в их подготовке. В связи с этим повысилась роль русского языка в неязыковых вузах, в первую очередь медицинского направления. На данном этапе

наиболее востребованы специалисты-медики не только с узким набором медицинских знаний и навыков, а грамотные творческие личности, которые способны к научной деятельности. Поэтому именно оптимально организованный процесс преподавания русского языка как языка профессионального обучения студентов-медиков, может подготовить обучающегося к адекватному восприятию научной и ненаучной лексики.

**Актуальность исследования.** Терминологическая лексика медицинского направления видоизменяется и обогащается с появлением новых актуализаций и изменением старых терминов. С другой стороны, вновь появившиеся номинации вливаются в состав общелитературной лексики. Выявление этих процессов, выявление путей их семантизации в процессе обучения студентов-медиков русскому языку, необходимость осознанного изучения ими современной медицинской терминологии определило актуальность исследования.

Основная цель сообщения – лингвистический анализ медицинской терминологической лексики, которая функционирует в научных и учебных медицинских текстах, а также выявление путей их семантизации.

**Задачей** исследования является:

- 1) рассмотреть словообразовательную структуру медицинских терминологических единиц и выявить основные продуктивные средства терминологической номинации;
- 2) выявить пути семантизации медицинских терминов и понятий;
- 3) определить некоторые наиболее трудные случаи употребления медицинских терминов, которые обусловлены явлением межъязыковой интерференции.

Семантизация медицинской лексики и учебно-речевая ситуация на занятиях русского языка предполагает рассмотрение и решение ряда актуальных теоретических и методических задач. Усилия педагогов должны быть направлены на формирование восприятия студентами-медиками значения новых слов, самостоятельного определения семантики, усвоения ими методических и практических приёмов в освоении профессиональной лексики. Одни слова представляют трудности из-за своего употребления, грамматических форм, а другие – из-за звукового или графического образа.

Как утверждают известные методисты Э.Г. Азимов и А.Н. Щукин в “Новом словаре методических терминов и понятий”: “Семантизация – выявление смысла, значения языковой единицы; процесс и результат сообщения необходимых сведений о содержательной единице” [1:270]. При семантизации лексики студентам сообщаются сведения об абсолютной ценности слова.

На данном этапе, исходя из опыта обучения другим языкам, преподаватели русского языка должны приучать своих студентов к дифференцированному подходу к лексике, к прогнозированию графических, звуковых и функциональных трудностей при усвоении новых слов, правильному выбору способов семантизации. Мы вслед за учеными Э.Г. Азимовым и А.Н. Щукиным выделяем восемь способов семантизации лексики, которыми должны владеть студенты-медики.

Это *объяснение* слов при помощи *наглядности, контекста, синонимов, антонимов, перечисления, словообразовательного анализа, описания их значений, перевод на родной язык* [1:270].

Термины как слова, имеющие особую функцию, характеризуются специфическими чертами, которые обусловлены их логико-понятийной соотнесенностью и языковой природой выражения. Главным для термина выступает его дефинитивная функция. Термины тесно связаны с общелитературным фондом, питающим их своими неисчерпаемыми запасами для номинации новых специальных понятий и формирующим средства и способы практического терминообразования.

Правильное отношение к средствам русского языка возможно лишь в том случае, если преподаватель знает все слабые и сильные стороны различных способов раскрытия значения слов. А именно: использование наглядности даёт хорошие результаты при объяснении слов с конкретным значением; при объяснении слов с помощью контекста, последний должен быть предельно ясен и понятен; способы синонимии и антонимии, описания значений слов в основном используется на продвинутых этапах, когда у обучающихся уже имеется определённый лексический запас; перевод целесообразно использовать в рациональном сочетании с другими способами семантизации.

**Синонимы.** Например:

- 1) *Гидропатический* – гидротерапевтический, водолечебный.
- 2) *Сердобольный* – жалостливый, жалостный, милосердный, сострадающий, сопереживающий, добросердечный, альтруист, гуманный.

**Антонимы.** Например: *Латеральный (край)* – сторона, лежащая дальше от срединной плоскости, т.е. внешняя сторона. Антоним: *медиальный край*

*Базальный* – располагающийся у основания. Антоним: *апикальный*

*Дорсальный* – спинной (задний). Антоним: *вентральный*

**Краниальный** – головной, располагающийся ближе к голове или к переднему концу тела.

Антоним: **каудальный**.

**Пронация** (pronatio) – **супинация** (supinatio)

**Омонимы**. Например:

- 1) **Жгут** траву – медицинский **жгут**
- 2) **Уход** с работы – **уход** за ребенком
- 3) **Бор** (лес) – **В** (химический элемент)
- 4) **Игла**: а) иголка для шитья; б) иголки у сосны; в) иголки у ежа; г) иголка у шприца.

**Паронимы**. Например: **Живительный** – укрепляющий силы, оживающий, дающий жизнь. **Живительный родник**.

**Живучий** –

1. Жизнеспособный, выносливый. **Живучий вирус**.
2. Прочно сохраняющийся, устойчивый. **Живучие обычаи**.

Следует отметить, что перевод на родной язык возможен в случае, когда мы хотим перевести соматические термины (*голова-баш, палец-манжа, сердце-жүрөк, глаз-коз*); в случае необходимости перевода лекарственных трав, студенты не всегда обращают внимание на определенные различия в говорах кыргызского языка, когда одно и то же растение, например, *подорожник*, может иметь несколько названий: *бака жалбырак, миң тамыр, барпы*. Или, наоборот, одно название, как например, *бозунач*, может обозначать несколько совершенно разных растений: *бессмертник, камнеломку, змееголовник, кошачью лапку*.

В нашем случае, когда ежедневно необходимо разъяснять десятки новых медицинских слов и понятий, все вышеперечисленные методы семантизации не совсем подойдут, поскольку ни контекст, ни поиск синонимов и антонимов к терминам, ни тем более перевод не даст ожидаемого результата.

Как известно, медицинская терминология в русской научной лексике появляется: а) калька или перенос значений терминов с английского, латинского и др. языков: *реанимация, вакцинация, анемия, гипертония* и др.; б) путем сложения основ двух слов: *физиотерапия, биоинженерия* [3] и др.; в) перевод или поиск аналогичных понятий в другом языке: *клиновидная мышца, систолический желудочек; кислотность организма*; г) переносное значение слов и использование фразеологизмов: *глазное яблоко, слепая кишка*; д) соматизмы: *стопы, пальцы, колено, суставы* и др.; е) фитонимы: *перовская полынная, подорожник, зверобой*.

При использовании метода описания значений слов следует обратиться к словообразовательному анализу, который дает возможность выделить несколько моделей образования терминов. Например:

1. **Сложение основ**: *физиотерапия, кардиохирургия, рентгенография*;
2. **Использование интернациональных словообразовательных элементов-префиксов**: био- (био-энергия), гипер- (верх.: гипертоник), микро- (малый: микроэлемент), поли- (много: поликистоз);
3. **С помощью суффиксов**: -ома (папиллома); -оз (пародонтоз);
4. **С помощью корней**: гидр- (гидроцеле), гем- (гематома);
5. **Путем сложения нескольких терминологических элементов** иноязычного происхождения: *гастро/энтеро/кол/ит, поли/фибро/мио/зит*.

Словообразовательный анализ современной медицинской терминологии позволяет с одной стороны, проследить процесс номинации понятий в исследуемой терминологии, а с другой стороны, позволяет установить связь терминов друг с другом.

Например: при изучении темы: *Род несклоняемых имен существительных* в слове *желеобразная* (субстанция), начальной формой выступает слово – *желе*. В ответ на вопрос: *Что это такое? Что вы представляете (подразумеваете) под этим словом?* Не все указали верный ответ: *желе фруктовое* (мармелад) или *желе мясное* (холодец, студень), в медицине мы можем встретить определение *желеобразная субстанция*.

Были представлены следующие значения данной лексической единицы:

- 1) *паутина*;
- 2) *сорт картофеля*;
- 3) *стойло для жеребят*;
- 4) *сеть ручного изготовления для ловли рыбы*.

Судя по ответам, это респонденты, окончившие школы кыргызским языком обучения. Опрошенных ввела в заблуждение межъязыковая омонимичность номинаций лексических единиц, имеющих абсолютно другие значения.

В связи с вышесказанным мы пришли к следующим выводам:

- лучшие результаты дает такой способ объяснения новых слов: преподаватель семантизирует слово при помощи беспереводных способов, и лишь потом студенты сами находят эквивалент этому слову в родном языке;
- преподаватель знает, что полностью «изгнать» родной язык из аудитории невозможно. И, непроизвольное желание, которое возникает у студента, когда он слышит или видит новое слово – попробовать перевести его на родной язык. Наша задача – минимизировать отрицательное влияние и максимально использовать положительное влияние родного языка.

Цель обучения русскому языку как языку профессионального обучения – развитие у студентов способностей не только как к межкультурному взаимодействию, но и как языку профессионального взаимодействия, к использованию изучаемого языка как инструмента этого взаимодействия. В содержании обучения русскому языку студентов-медиков, в первую очередь должны отражаться проблемы профессионального общения.

#### **Литература**

1. Азимов Э.Г., Щукин А.Н., *Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам)*. – М.: Издательство ИКАР, 2009. – С. 270.
2. Беляев Б. В. *О применении принципа сознательности в обучении иностранному языку*, в кн.: *Психология в обучении иностранному языку*. М., 1967.
3. Покровский В.И. *Энциклопедический словарь медицинских терминов. - Практическое пособие*. М., 2005.
4. Соронкулова А., Кульбаева Г.Б., *Обучение медицинским терминам (из опыта работы)*. Вестник КНУ им. Ж. Баласагына, Бишкек. 2017/2 (S), С. 228-229.
5. *Лингвистический энциклопедический словарь*. М.: Советская энциклопедия, 1990.

### **НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ: «ОБУЧЕНИЕ В СОТРУДНИЧЕСТВЕ»**

**Молдокулова Л.Д.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева

Ректор – д.м.н., проф. **Кудайбергенова И.О.**

Кафедра иностранных и латинского языков

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье представлены новые педагогические методы обучения иностранным языкам, в частности «обучение в сотрудничестве». Даны различные варианты и принципы «обучения в сотрудничестве»

**Ключевые слова:** дидактическая система, дифференциация, коммуникативный, индивидуальный стиль, «обучение в сотрудничестве».

### **ЧЕТ ТИЛДЕРИНЕ ОКУТУУДАГЫ ЖАНЫ ПЕДАГОГИКАЛЫК ЫКМАЛАР: «КЫЗМАТТАШТЫКТА ОКУТУУ»**

**Молдокулова Л.Д.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Ректор – м.и.д., проф. **Кудайбергенова И.О.**

Чет тили жана латын тили кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Макалада чет тилдерин үйрөтүүдөгү жаңы педагогикалык ыкмалар жөнүндө айтылат. Негизинен «кызматташтыкта окутуу» тууралуу сөз болот. Аталган методдун ар түрдүү варианттары берилип, принциптери чечмеленет.

**Негизги создор:** дидактикалык система, дифференциалоо, коммуникативдик, жеке стиль, «кызматташтыкта окутуу».

## NEW PEDAGOGICAL METHODS OF FOREIGN LANGUAGES TRAINING: «TRAINING IN COLLABORATION»

Moldokulova L.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Rector – d.m.s., prof. **Kudaibergenova I.O.**

Department of Foreign and Latin languages

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** New pedagogical methods of foreign languages teaching, particularly «Teaching in collaboration» are presented in this article.

Different variants and principles of «training in collaboration» are given.

**Key words:** didactic system, differentiation, communicative, individual style, «teaching in collaboration».

Осознание необходимости владения языком пришло в наше общество, знание иностранного языка стало жизненно важным. Однако трудности на пути овладения иностранного языка не убавились. По прежнему основными из них являются: недостаток активной устной практики в расчете на каждого студента, отсутствие индивидуализации и дифференциации обучения.

Как известно, цель обучения иностранного языка в неязыковых вузах состоит в коммуникативной компетенции. Кроме того, в основе обучения любому виду речевой деятельности лежат слухомоторные связи. Поэтому изучение ИЯ должно основываться на развитии у студентов слухомоторных связей в результате выполнения ими устных упражнений и по возможности в индивидуальном режиме. Компенсировать недостаток в разработке учебников, мет. пособия рассчитанных на студента, можно и нужно за счет разработанных в методике методов, подходов и технологий обучения, дающих возможность уделить каждому студенту 15-20 минут реализовать личностно-ориентированный подход в обучении ИЯ.

Личностно-ориентированный подход в обучении относится к гуманитарному направлению в педагогике. Основой этого принципа является: в центре обучения должен находиться студент, а преподаватель деятельность познания, а не преподавания.

В мировой практике известны различные пути решение проблемы личностно-ориентированного обучения.

Современные учебные пособия по педагогической психологии относят к гуманистическому направлению в обучении три дидактические системы: так называемые открытые школы обучения языку, индивидуальный стиль обучения и обучение в сотрудничестве.

1. В США можно найти немало открытых школ для студентов. Последние ограничиваются начальным этапом обучения, обучаются по индивидуальным планам, которые они составляют сначала под руководством преподавателя, затем постепенно самостоятельно.
2. Индивидуальный стиль обучения предусматривает учет даже биологических ритмов студента («жаворонки» обучаются с утра, «совы» - во вторую половину дня). В этих системах много интересного, но для вполне определенных условий элитарного образования.
3. Идеология обучения в сотрудничестве была детально разработана тремя группами американских педагогов: Р. Славиним из университета Джона Хопкина, Р. Джонсоном из университета штата Миннесота, группой А. Аронсона из университета штата Калифорния. Основная идея этой технологии-создать условия для активной совместной учебной деятельности студентов в разных учебных ситуациях. Студенты разные: одни быстро схватывают все объяснения учителя, а другим нужно время и дополнительные разъяснения преподавателя. Эти студенты обычно стесняются задавать вопросы при всей группе. Поэтому если студентов объединить в небольшие группы (по 3-4 человека) и дать им общее задание, оговорив роль каждого в выполнении этого задания, то тогда возникает ситуация, в которой каждый отвечает не только за результат своей работы, но, что особенно важно за результат всей группы. Поэтому слабые студенты стараются выяснить у сильных все непонятные вопросы. Таким образом, совместными усилиями ликвидируются проблемы. Такова общая идея обучения в сотрудничестве. В малых группах (организуемых так, чтобы в каждой группе из 3-4 человек были обязательно сильный, средний и слабый студент) при выполнении одного задания на группу, ребята заведомо ставятся в такие условия, при которых успех или неуспех отражается на результатах всей группы.

Существует много разнообразных вариантов обучения в сотрудничестве, но нужно соблюдать четко основные принципы обучения в сотрудничестве:

- 1) Группы студентов формируются преподавателем до урока с учетом психологии совместимости студентов. При этом в группе должны быть сильные, средние и слабые студенты и студентки.
- 2) Группе дается одно задание, но при его выполнении предусматривается распределение ролей между членами группы (сами студенты по рекомендации преподавателя).
- 3) Оценивается работа не одного студента, а всей группы. Оценка ставится на всю группу.
- 4) Преподаватель сам выбирает студента из группы, который должен отчитаться за задание. Иногда это может быть и слабый ученик. Ибо цель любого задания – не формальное его выполнение, овладение материалом каждым учеником группы.

Итак, некоторые варианты обучения в сотрудничестве:

Первый вариант. Обучение в команде. Особое внимание уделяется «групповым целям» и успехам всей группы. Что может быть достигнуто только путем самостоятельной работы каждого члена группы в постоянном взаимодействии с другими студентами этой группы при работе над этой темой, проблемой, вопросом. Оцениваются при этом не столько реальные результаты слабого студента, сколько усилия, которые он затрачивает на достижение цели. Лидер группы держит слабого студента постоянно в поле зрения, помогает ему, но ни в коем случае не выполняет за него работу. Задача лидера – лишний раз объяснить. В тех же случаях, когда работа на уроке ведется не в группах, а индивидуально или фронтально и отражает уровень владения отдельным студентом тем или иным видом речевой деятельности, учитель может оценивать реальные результаты студентов. Вариантами такого подхода можно считать:

- А) Индивидуально-групповую и
- Б) командно-игровую работу.
- В) Преподаватель вместо индивидуального тестирования предлагает каждую неделю соревновательные турниры между командами.

Второй вариант обучения в сотрудничестве разработал Э. Арсон в 1978 году и назвал его «ажурная пила, машинная ножовка». Этот подход в пед. практике называется «пила». Студенты организуются по 4–6 человек для работы над учебным материалом, который разделен на фрагменты. Каждый член группы находит материал по своей теме и обменивается информацией с ребятами из других групп, работающих над этой же подтемой. Это называется «встреча экспертов». Затем студенты возвращаются в свои группы и обучают всему новому, что узнали у товарищей в своей группе. Те в свою очередь рассказывают о своей части задания. На заключительном этапе преподаватель сможет спросить каждого ученика по данной теме. Вариант «Пила-2» предусматривает работу группами по 4–5 человек. Вся команда работает над одним и тем же материалом. Но при этом каждый член группы получает свою подтему и становится экспертом по данному вопросу.

3 Третий вариант обучения в сотрудничестве – учимся вместе. Группа делится на подгруппы по 3–4 человека. Каждая группа получает одно задание которое является частью какой-либо темы, над которой работает вся группа. В результате совместной работы отдельных групп в целом достигается усвоение материала в полном объеме. Можно выделить, приемы применяемые на коллективных заданиях при изучении иностранного языка.

1. Прежде всего, работа в паре, связанная со взаимной проверкой знаний отдельных слов и выражений на изучаемом языке.

Работа может производиться в устной форме, а также с использованием карточек, на которые записаны слова и выражения (по 10, 20, 30)

2. Совместная работа над новым текстом. Один студент читает, другой работает со словарем. Новые слова записываются в словарик или карточку.
3. Работа по новому тексту, если перевод одному уже знаком, а другой берется за этот текст впервые. Последний читает под контролем более знающего товарища.
4. Участники занятий имеют разные тексты и каждый из них готовит соседа к новому тексту читать, правильно переводить, дает значение новых слов. Студенты в данном случае работают как учителя и переводчики.
5. Работа над тестом может идти и по методике разработанной в свое время А.Г. Ривиним для изучения научной и философской литературы. Предшествующим этапом может быть работа не по абзацам, а только над отдельными предложениями (фразами) из абзаца. Например, берется одним студентом тема или рассказ который состоит из 4-х предложений. Примерно такие же по объему темы (рассказы) у других студентов. Как строится работа? Студент прорабатывает со своим первым партнером первое предложение (слова, перевод, вопросы к предложению: кто? где? когда? и т.д.). Когда фраза усвоена и соответствующая работа проведена над одним предложением по теме (рассказу) моего партнера, я перехожу к новому товарищу, которому зачитываю или по памяти

воспроизвожу только что изученную фразу. Берем следующее предложение и проводим над ним такую же работу. Следующему товарищу – третьему – называются два предыдущих предложения и начинается работа над третьим предложением. Последнему товарищу дается первым учеником и чтение текста, и перевод, и пересказ.

**Литература:**

1. Костомаров В.Г., Митрофанова О.Э. Методическое руководство для преподавателей иностранного языка. - Москва. - 1988. - С. 157.
2. *Communication in the modern Languages classroom* by Zoe Shuls. Strasbourg. Council of Europe Press. – 1933.
3. Hutchinson T. *Project English Teachers Book. 3-rd. edition.*-Oxford. - Oxford University Press, - 1998. - P. 128.

## **ЛАТИНСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ**

**Тентимишева Б.Д., Колбаева М.Ж.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева

Ректор – д.м.н., проф. **Кудайбергенова И.О.**

Кафедра иностранных и латинского языков

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье рассматриваются пути заимствования латинских слов в области медицинской терминологии английского языка, дается определение данного способа пополнения лексического состава языка, а также влияние фонетики, графики и грамматики английского языка на заимствованную лексику.

**Ключевые слова:** заимствование, медицинская терминология, терминоэлемент, латинизмы.

## **МЕДИЦИНА ТАРМАГЫНДАГЫ ЛАТЫН ТИЛИНЕН**

**АНГЛИС ТИЛИНЕ АЛЫНГАН СОЗДОР**

**Тентимишева Б.Д., Колбаева М.Ж.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Ректор – м.и.д., проф. **Кудайбергенова И.О.**

Чет тили жана латын тили кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада медицина тармагындагы латын тилинен англис тилине алынган сөздөрдүн таасири каралган. Ошондой эле сөз толуктоонун негизги жолдору жана латын тилинен алынган сөздөргө англис тилинин фонетикасы, графикасы менен грамматикасынын таасири каралган.

**Ачкыч создор:** сөз байлыгын арттыруу, медициналык терминология, термин элемент, латинизмдер.

## **LATIN BORROWINGS IN MEDICAL FIELD OF ENGLISH LANGUAGE**

**Tentimisheva B.D., Kolbaeva M.J.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Rector – d.m.s., prof. **Kudaibergenova I.O.**

Department of Foreign and Latin languages

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** The article deals with the Latin borrowings of the English language in medical field, based on the study of medical terms of Latin origin. The article considers the key stages of Latin borrowing, as well as the influence of phonetics, graphics and grammar of the English language on borrowed vocabulary.

**Keywords:** borrowing, medical terminology, terminoelement.

Медицинская терминология – это совокупность наименований, обозначающих понятия медицины как науки, и специальных номенклатурных наименований медицины как сферы профессиональной деятельности. Современная медицинская терминология – одна из самых обширных и сложных в понятийном, содержательном отношении систем терминов. Медицинский лексикон, включая употребляемые в научной медицине термины других наук (биологии, химии, физики, микробиологии, радиологии, генетики, антропологии, психологии, кибернетики и др.), составляет несколько сот тысяч слов и словосочетаний.

Латинские заимствования имеются в любой науке, но в медицинской терминологии они играют большую роль, что связано с условиями развития латинского языка и ее местом в области науки. Они помогают раскрыть значение самих терминов, так как значения терминов в медицинской терминологии четко фиксировано: местонахождение воспалительных процессов, род патологических изменений, метод диагностики заболевания, способ лечения и т.д. Заимствование – это процесс перехода некоторых элементов одного языка в другой язык в результате каких-либо языковых контактов.

Латинская и греческая терминологии повлияла на образование медицинской лексики в английском языке. В большинстве случаев английская медицинская лексика сохранила именно латинские корни. Например:

#### Латинские однокоренные слова в английском и латинском языках

Английский	Латинский	Перевод
nerve	nervus	нерв
ventricular	ventriculum	желудочек
dental	dental	зубной
occipital	occipitalis	затылочный
femur	femur	бедро
costal	costalis	рёберный
apex	apex	верхушка
ligament	ligamentum	связка

Прямыми заимствованиями из латинского и греческого языков являются, к примеру, названия заболеваний различного характера (кариес, костоед – из греко-лат. *caries*; диабет – из греко-лат. *diabetes*), а также названия анатомических образований (артерия – из греко-лат. *arteria*; капсула – из греко-лат. *capsula*). Следует отметить, что заимствования целого ряда греко-латинских наименований происходили с отбрасыванием окончаний: например, названия воспалительных заболеваний или же болезней невоспалительного характера (холецистит, воспаление желчного пузыря – из греко-лат. *cholecystitis*; мастит, воспаление молочной железы – из греко-лат. *mastitis*).

Бывают следующие виды заимствований: транскрипция или фонетический разбор (*aer, optimum, quantum*); грамматическое (в английской медицинской терминологии часто используется словосочетание с именем прилагательным в функции определения, характерное для грамматики латинского языка) и семантическое заимствование. Графическая система английского языка приближена к графике латинского языка, но отличается произношением, так как в английском языке часто орфография не соответствует произношению. Что касается семантического освоения латинских заимствований в английском языке, то одни заимствования сохранили свое терминологическое значение:

*Alimentum, i n* – aliment

*Alienus, a, um* – alien

*Adultus, a, um* – adult

*Fatigatio* – fatigue

*Naris, is f* – naris

*Nausea* – nausea

*Sutura, ae f* – suture

В других латинских заимствованиях появляются несколько значений:

*Cortex, icis m* – covering of brain, bark(plant)

*Glomus, eris n* – ball, kidney disease

*Facies, ei f* – surface, face

Заимствования появились в английском языке из латинского и греческого языков, причиной является необходимость понятия в языке, в которое заимствуется слово. В последствие, латинский язык оказал значительное влияние на обогащение английского языка новыми словами. С течением долгого времени новые заимствования изменяли и развивали лексическую систему языка, пополняя ее словарный состав. Исторически сложившееся употребление греческой и латинской терминологии в медицине сохранилось и до нынешних дней. Например: *anemia, appendicitis, bronchitis, pediatry, oncology, Aspirin, Insulin, antibiotics* и др.

Исконно английскими являются слова, известные с древнеанглийского периода. Они составляют менее половины английской лексики. Остальная часть словарного языка – слова иноязычного

происхождения, пришедшие из латинского, греческого, французского, скандинавских других языков. Учеными подсчитано, что из 20 000 наиболее употребительных слов английского языка около 10400 –латинского происхождения, около 220 – греческого и 5400 – англосаксонского.

Для судьбы заимствованных слов в новом для них языке имеет определённое значение тот путь, которым они в этот язык проникли.

В английский язык латинские заимствования проникли двумя путями, т.е. книжным и устным (устный путь, то есть благодаря живому общению двух разноязычных народов или усвоение названий предметов материальной культуры и книжный путь, то есть заимствование чужих слов из иноязычных текстов при переводе этих текстов на родной язык).

Немаловажным является тот факт, что античное терминологическое наследие стало основой международного терминологического фонда, а греко-латинские словообразовательные элементы получили статус международных терминоэлементов. Терминоэлементам греко-латинского происхождения, т.е. структурным элементам терминов, которые имеют специальное значение в терминологической системе и служат для образования искусственных терминов, принадлежит особая роль в медицинской терминологии. Примерами терминоэлементов являются словообразовательные корни: *my-*мышца, *chol-*желчь, *card-*сердце, *alg-*боль, *ectomia-*удаление, *arthr-*сустав, *gastr-*желудок и др.; приставки: *an-*отрицание, *hyper-*выше, *hypo-*ниже, *dys-*нарушение и др.; суффиксы: *itis-*воспаление, *oma-*опухоль, *osis-*хронический процесс.

Основным источником возникновения терминов в английском языке являются заимствования греческих и латинских терминов, составляющих базис международной медицинской терминологии. Термины из классических языков используются в основном как источники обозначений в клинической терминологии. Таким образом, для обозначения заболевания, связанного с воспалением десен без нарушения целостности зубодесневого соединения, используется термин греко-латинского происхождения гингивит (лат. *gingiva* десна и греч. суффикс-*itis*, обозначающий воспалительные процессы).

При этом термины, обозначающие названия анатомических органов, как правило, имеют латинское происхождение. Например, термин *molar* (лат. *dens molaris*) обозначает большой коренной зуб, а слово латинского происхождения *semen-tum* используется в стоматологии для обозначения такого анатомического понятия, как цемент корня зуба. Латинизмы в английском языке претерпели графические, грамматические и семантические изменения, обусловленные спецификой английского языка. С точки зрения грамматики в английской медицинской терминологии часто используется словосочетание с именем прилагательным в функции определения, что характерно для латинского языка.

Латинский язык в медицине используется в анатомической, клинической и фармацевтической терминологии. Использование латинского языка в медицине является обязательным фактором для медиков всего мира. Особую роль латинский язык играет в анатомии и фармакологии. Большинство органов и частей тела имеют либо латинское название, либо латинизированное название. То же самое относится к названиям лекарственных веществ. Например: *extremitas* (конечность), *tibia* (большеберцовая кость), *apex* (верхушка), *acromion* (акромион), *fibula* (малоберцовая кость), *ulna* (локтевая кость), *radius* (лучевая кость). Греко-латинская терминология включает в себя все основные понятия и термины медицины, без знания которых невозможно осмысленное усвоение специальных предметов. Основным критерием при выборе термина или терминоэлемента является его значение в системе современной медицинской терминологии. Роль латыни в обогащении медицинской терминологии заключается не только в ее непосредственном воздействии на терминосистемы, но и в том, что через ее посредство в терминосистемы проникли греческие заимствования и терминоэлементы. Латинские заимствования в период формирования языка медицинской терминологии помогли обогащению отраслевых терминологий. Греческий и латинский языки традиционно признаются основными источниками пополнения лексики медицинской терминологии английского языка.

Таким образом, греческий и латинский – территориально и исторически взаимодействующие индоевропейские языки, поэтому недостающие обозначения заимствовались латинским языком из греческого и легко в нем ассимилировались. Мотивация большинства медицинских терминов в английском языке зависит от знания латинских и греческих словообразовательных элементов, переведенных или заимствованных из иноязычных источников.

#### **Список литературы**

1. Ахманова О.С. *Словарь лингвистических терминов*. М., 1966. - С. 150.
2. Блумфилд Л. *Язык*. - М., 2002. - С. 487-543.

3. Вайнрайх У. Языковые контакты - Киев: Выща школа, 1979. - 246 с.
4. Виноградов В.В. Основные типы лексических значений слова 1953. // Избр. тр. Лексикология и лексикография. М.: Наука, 1977. С. 162-189.
5. Володарская В.Ф. Заимствование как отражение русско-английских контактов // Вопросы языкознания. - М.: Наука, 2002. - С. 96-118.
6. Новодранова В. Ф. Сопоставление систем именного словообразования в латинском языке и системы терминологии в подязыке медицины // Терминоведение, 1994. - №3. - С. 18-24.
7. Шаповалов Ю.А. Англо-американизмы в современных немецкоязычных культурологических текстах // Вопросы романо-германского языкознания: Межвуз. сб. науч. тр. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1999. - Вып. 13. - С. 122-125.
8. Phelizon J.H. Vocabulaire de la linguistique. - Paris: edsRoudel. - 1976. - 280 p.

## ОСОБЕННОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА

**Тешебаева Д.Т., Байгазиева Н.К.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева  
Ректор – д.м.н., проф. **Кудайбергенова И.О.**  
Кафедра иностранных и латинского языков  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной статье рассматривается внедрение инновационных методов для повышения эффективности и мотивации студентов в изучении английского языка.

**Ключевые слова:** эффективность урока, языковые компетенции, инновация, навыки, технология.

## АНГЛИС ТИЛИН ОКУТУУДА ИННОВАЦИЯЛЫК ЫКМАЛАРДЫ КОЛДОНУУНУН ОЗГОЧОЛУКТОРУ

**Тешебаева Д.Т., Байгазиева Н.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Ректор – м.и.д., проф. **Кудайбергенова И.О.**  
Чет тили жана латын тили кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул макалада англис тилин окутууда инновациялык ыкмаларын колдонуу аркылуу сабактын сапатын жана студенттердин кызыгуусун арттыруу жөнүндө маалымат берилди.

**Негизги создор:** сабактын натыйжалуулугу, тил компетенциялары, инновация, көнүгүү ыктары, технология.

## PECULIARITIES OF USING INNOVATIVE METHODS IN TEACHING ENGLISH

**Teshebaeva D.T., Baigazieva N.K.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Rector – d.m.s., prof. **Kudaibergenova I.O.**  
Department of foreign and Latin languages  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume:** Innovative methods to improve the effectiveness and motivation of students in learning English is considered in this article.

**Key words:** efficiency of the lesson, language competence, innovation, skills, technology.

На сегодняшний день перед учителями английского языка стоит важнейшая задача создать необходимые условия для построения личности, которая будет способна участвовать в межкультурной коммуникации. Необходимо развивать у студентов коммуникативную компетенцию, включающую в себя языковую и социокультурную компетенцию.

Основное нововведение в методике преподавания английского языка состоит в следующем: с одной стороны, уменьшается доля теоретического грамматического материала, с другой больше внимания уделяется коммуникативному компоненту, т.е. акцент делается на освоении лексики и разговорных формул. При этом круг базовых тем непременно включает повседневные коммуникативные

ситуации, а выбор изучаемых лексико-грамматических моделей обусловлен их реальной практической необходимостью. Однако прежде чем приступать к решению образовательных задач, необходимо изучить контингент студентов, с которым придется работать. Прежде чем приступить к учебному процессу, преподаватель проводит диагностику исходных знаний по английскому языку студентов, поступивших на I курс. Результаты этой диагностики из года в год показывают, что студенты имеют:

- разноуровневые исходные знания по английскому языку;
- сниженные темпы усвоения материала вследствие недостаточной сформированности внимания, мышления и памяти;
- малый словарный запас;
- низкий уровень мотивации к изучению предмета.

Подобные формы урока используются, как правило, после проведения нескольких уроков, объединенных общей тематикой, или раздела, исполняя функции обучающего контроля. Данные уроки создают непринужденную обстановку, творческую атмосферу, снимают психологический барьер. Нетрадиционные формы уроков английского языка выполняются при участии всех студентов группы, а также используются средств слуховой и зрительной наглядности. На таких уроках удается достичь разных целей психологического, методического и педагогического характера, которые можно суммировать следующим образом: осуществляется контроль знаний, навыков и умений студентов по определенному разделу; повышается познавательный интерес; лучше усваивается материал; обеспечивается деловая, рабочая атмосфера; раскрывается творческий потенциал студентов; предусматривается минимальное участие педагога.

Следовательно, современный урок английского языка является сложным образованием, где решаются разные задачи. Можно выделить основные факторы, обеспечивающие повышение эффективности урока:

1. на каждом уроке студенты должны получать новые знания в практическом овладении языка. Они могут выражаться в лучшем понимании речи за счет усвоения новых слов, новой грамматической формы, структуры; в приобретении информации о культуре, истории, литературе, традициях страны изучаемого языка;
2. материал урока и средства для его проведения следует применять в воспитательных целях, используя методы и приемы интеллектуального и эмоционального развития студентов;
3. на уроке необходимо использовать различных форм работы: групповые (беседа, игра), парные (диалог), индивидуальные (монолог, чтение текста, перевод), так как именно в процессе совместного выполнения учебных заданий можно моделировать условно-коммуникативные и реальные коммуникативные ситуации
4. урок должен быть обеспечен средствами обучения, соответствующими решаемым задачам: видеофильмы, аудиозаписи, обучающие наглядные пособия, таблицы по грамматике, а также слайдовая презентация урока, практическая значимость которой очень велика в учебной деятельности. Среди ее достоинств можно отметить расширение межпредметных связей, возможность создания презентаций, как преподавателем, так и студентами, повышение интереса к предмету;
5. работу по управлению учебным процессом во многом облегчает наличие учебно-методического комплекса с планами уроков, дидактическим материалом и сборником упражнений, в особенности, если учесть тот факт, что учебника английского языка, предназначенного для учебных заведений культуры и искусства, попросту не существует. Применение педагогом на уроке компонентов учебно-методического комплекса и других средств обучения должно быть доведено до степени свободного манипулирования ими;
6. важным фактором является создание положительной мотивации в изучении английского языка при глубоком знании преподавателем личности каждого студента. Это достигается использованием приемов, которые вызывают личную заинтересованность студентов в выполнении заданий. К таким приемам можно отнести проблемные задания (например, восстановление последовательности исторических событий), задания творческого характера (например, презентация на различные темы с использованием изученного материала; сочинение на заданную тему; оформление открытки-поздравления).

Нетрадиционные формы урока, несомненно, способствуют более глубокому и эффективному изучению предмета, развитию педагогики сотрудничества, активизируют творческий потенциал студентов и педагогов, повышают мотивацию к изучению предмета. Использование современных педагогических технологий на уроках английского языка позволяет активизировать познавательную деятельность студентов, обеспечивая личностно ориентированный подход в обучении с учетом способ-

ностей студентов, их уровня знаний, интересов и склонностей. Однако эффективность учебного процесса во многом зависит от умения педагога правильно организовать урок и грамотно выбрать ту или иную форму проведения занятия. Содержание, организация и проведение урока английского языка определяют силу воздействия на учащихся учебно-воспитательного процесса.

Для повышения эффективности урока английского языка в современных условиях имеется много возможностей. К первым из них можно отнести обучение студентов приемам учения, способам познания английского языка, для рациональной самостоятельной работы учащихся по овладению им. Овладение английским языком в большей мере, возможно лишь при условии активной деятельности каждого студента, вовлечения их в самую речевую деятельность. Интерес к предмету, желание овладеть им зависят в большей степени от того, какая технология обучения используется, как учит преподаватель и как учатся у него студенты. Тщательная подготовка к уроку английского языка это другая возможность повысить его действенность. Современный урок английского языка это сложное образование. Подготовка и проведение урока, используя интерактивного метода требуют от преподавателя большой затраты творческих сил.

**Одной из форм интерактивной методики обучения английского языка является игра.** Игровые методики развивают у обучающихся такие качества, как память, внимание, логическое мышление. Слаборазвитая память, как известно, является большим препятствием в изучение английского языка. Без игровых действий закрепление в памяти учащихся английской лексики происходит менее эффективно и требует чрезмерного умственного напряжения. Вместе с тем, игра, как средство, гарантирующее позитивное эмоциональное состояние, повышает активность и заинтересованность студентов, что отражается на качестве усвоения учебного материала. Игры по своей сути активизируют процесс формирования и развития личности обучаемого, вырабатывает у него деловые качества (инициативность, креативность, самостоятельность в принятии решений и т.д.). Игры имеют неразрывную связь с практической жизнью, и поэтому они не только являются эффективным способом усвоения знаний и умений, но и средством овладения профессиональных навыков.

Классификации игр разнообразны.

Из всего их множества приведем классификацию С.В. Кульневича и Т.П. Лакоценина:

**Игры-упражнения.** Они занимают обычно 10-15 минут и направлены на совершенствование познавательных способностей учащихся, являются хорошим средством для развития познавательных интересов, осмысления и закрепления учебного материала, применения его в новых ситуациях. Это разнообразные викторины, кроссворды, ребусы, чайнворды, шарады, головоломки, объяснение пословиц и поговорок, загадки.

**Игры-путешествия.** Их можно проводить как непосредственно на уроке, так и в процессе внеклассных занятий. Они служат, в основном, целям углубления, осмысления и закрепления учебного материала. Активизация учащихся в играх-путешествиях выражается в устных рассказах, вопросах, ответах, в их личных переживаниях и суждениях.

**Сюжетная (ролевая) игра** отличается от игр-упражнений и игр-путешествий тем, что инсценируются условия воображаемой ситуации, а учащиеся играют определенные роли.

**Игра-соревнование** может включать в себя все вышеназванные виды дидактических игр или их отдельные элементы. Для проведения этого вида игры учащиеся делятся на группы, команды, между которыми идет соревнование. Существенной особенностью игры-соревнования является наличие в ней соревновательной борьбы и сотрудничества.

Таким образом, внедрение игр на уроках создает такое интеллектуальное поле, которое рождает у обучающихся стимулы к более детальному и качественному усвоению английского языка путем обыгрывания ими определенных ролей.

Урок английского языка в идеале должен решать целый комплекс целей одновременно. Как правило, при подготовке к уроку преподаватель выделяет одну ведущую цель, именно эта цель и определяет весь последующий ход урока, его логику, содержание, а так же набор сопутствующих задач, которые можно решать параллельно с реализацией основной цели. Именно эта цель урока определяет характер домашнего задания, поскольку хорошо сформулированная цель урока это и есть планируемый результат. Цель урока определяет выбор упражнений. Велика ценность общения на уроке.

Урок английского языка является многофункциональной единицей образовательного процесса, где сосредотачиваются и реализуются все педагогические воздействия, происходит интерактивное общение, направленное не только на активизацию познавательной деятельности, но и духовно-нравственное развитие личности. Внедрение в учебный процесс информационных технологий вовсе не исключает традиционные методы обучения, а гармонично сочетается с ними на всех этапах обучения: ознакомление, практика, применение, закрепление. Но использование информационных техно-

логий позволяет не только многократно повысить эффективность обучения, но и стимулировать студентов к дальнейшему самостоятельному изучению английского языка.

Развивающий и воспитывающий потенциал нетрадиционных форм урока можно охарактеризовать с помощью определения следующих целей обучения: формирование у учащихся интереса и уважения к культуре страны изучаемого языка; воспитание культуры общения и потребности в практическом использовании языка в различных сферах деятельности; развитие языковых, интеллектуальных и познавательных способностей, развитие ценностных ориентаций, чувств и эмоций студента. Нужно сказать, что основной стратегией обучений английского языка провозглашен личностно-ориентированный подход, ставящий в центр учебно-воспитательного процесса личность студента, учет его способностей, возможностей, склонностей и потребностей.

Таким образом, изучение англоязычной компетенции с позиций системно-ценностного анализа позволяет определить предмет исследования как сложный педагогический феномен, интегрирующий информацию, англоязычные знания, умения и ценностные отношения личности студента. В связи с этим англоязычная компетенция как образовательный результат представляет собой меру эффективности личностного и профессионального развития студента. Результатом развития системы является совокупный продукт англоязычного когнитивного потенциала, реализуемый на уровне речевого продукта и организуемый ценностными отношениями личности студента

#### **Список использованной литературы:**

1. Байбородова Л.В., Рожков М.И. *Воспитательный процесс в современной школе.* - Ярославль, 2001.
2. Бим И.Л. *Иностранный язык в процессе модернизации школьного образования.* // <http://www.ioso.ru/ts/sOO/1221/kamgrach.htm>.
3. Вербицкий А.А. *Активное обучение в высшей школе: контекстный подход.* - М., 1991.
4. Полат Е.С. *Новые педагогические и информационные технологии в системе образования.* - М., 2000.
5. Сосновский Б.А. *Психология: Учебник для педагогических вузов.* - М., 2005.
6. Щукина Г.И. *Педагогические проблемы формирования познавательных интересов учащихся.* - М., 1988.
7. Гальскова, Н.Д. *Современная методика обучения иностранным языкам [Текст]: Пособие для учителя.* - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: АРКТИ, 2004.
8. Гальскова Н.Д. *Межкультурное обучение: проблема целей и содержания обучения иностранным языкам // Иностранные языки в школе. – 2004. - №1.*
9. Зубов А.В. *Информационные технологии в лингвистике.* - М., 2004
10. Сафонова, В.П. *Современный урок иностранного языка [Текст].*- Волгоград: Учитель, 2011.
11. [Электронный ресурс] / Т. И. Шубина / <http://festival.1september.ru/articles/527236/>

## **ПОТРЕБНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНОСТРАННОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

**Жаныбай к. Э.**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева  
Ректор – д.м.н., проф. **Кудайбергенова И.О.**  
Кафедра иностранных и латинского языков  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье рассматриваются потребности и перспективы иностранного языка в медицинском вузе, иностранный язык в формировании общекультурных и профессиональных компетенций врача.

**Ключевые слова:** иностранный язык, компетенция, специалист информация, профессиональная сфера, лингвистика, процесс обучения.

## **МЕДИЦИНАЛЫК ОКУУ ЖАЙЛАРДАГЫ ЧЕТ ТИЛДИН МУКТАЖДЫКТАРЫ ЖАНА КЕЛЕЧЕГИ**

**Жаныбай к. Э.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Ректор – м.и.д, проф. **Кудайбергенова И.О.**  
Чет тили жана латын тили кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Макалада медициналык окуу жайлардагы чет тил муктаждыктарын жана келечегин, даарыгерлерге жалпы маданий жана кесиптик компетенттүүлүгүн калыптандыруу талкууланат.

**Негизги создор:** чет тил компетенттүүлүк, кесиптик маалымат кесиптик чөйрө тил илими окутуу.

## NEEDS AND PROSPECTS FOR FOREIGN LANGUAGE IN THE MEDICAL UNIVERSITY

Zhanybai k. E.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Rector – d.m.s., prof. **Kudaibergenova I.O.**

Department of Foreign and Latin languages

Bishkek, The Kyrgyz Republic

**Resume:** The article considers the needs and prospects of a foreign language in a medical universities, a foreign language in the formation of the general cultural and professional competences of a doctor.

**Key words:** foreign language , competence, specialist information professional sphere, linguistics, learning process.

### **Введение**

Процесс обучения иностранным языкам в медицинских вузах (т.е. высшее учебное заведение, где иностранный (английский) язык не является профильным) в первую очередь, отражает историю и процесс смены подходов и приоритетов к обучению иностранному (английскому) языку в поисках наиболее эффективной и приемлемой научно-методической деятельности.

Развитие современного информационного пространства основано на международном обмене теоретическими и практическими достижениями во всех областях знания. Такой обмен традиционно осуществляется путем публикации результатов исследований (в первую очередь, на английском языке), а также обсуждения актуальных проблем той или иной профессиональной сферы на международных встречах. Практика подготовки современного специалиста с высшим образованием в любой области в настоящий момент предполагает знание одного-двух европейских языков (чаще английского и немецкого), что обеспечивает специалисту возможность, во-первых, свободно пользоваться источниками профессионально значимой информации в целях самообразования и непрерывного профессионального развития; во-вторых, участвовать в международном профессиональном общении.

Знания иностранного языка можно считать лишь общей основой для его дальнейшего изучения и использования, в зависимости от потребностей специалиста.

В соответствии с ГОСТ КР для медицинских ВУЗов иностранный язык изучается на первом курсе, в течение 60 аудиторных часов. Спустя три-четыре года после освоения базового курса иностранного языка некоторые выпускники медицинского вуза получают возможность официально изучать иностранный язык в период обучения в аспирантуре. Для этого необходимо сначала сдать вступительный экзамен по иностранному языку. И этот экзамен не может и не должен основываться на языковом материале, изученном студентами на 1-2 курсах вуза. Другие выпускники (и их большинство) начинают профессиональную деятельность, обязательными составляющими которой сегодня являются информационная деятельность и самообразование. И то, и другое невозможно без использования иностранного языка. Можно утверждать, что базовых знаний и умений в области иностранных языков, полученных на 1-2 курсах, совершенно недостаточно для того, чтобы выпускник медицинского вуза начал профессиональное развитие в условиях реальной деятельности и в соответствии с современными требованиями.

### **Иностранный язык в формировании общекультурных и профессиональных компетенций врача**

Современные требования к выпускникам медицинского вуза.

Владение иностранным языком способствует формированию не только многих общекультурных компетенций, упомянутых в стандартах, но и большинства профессиональных компетенций, т.к. они предусматривают информированность специалиста в различных аспектах профессиональной деятельности, что обеспечивается умением получать новейшую информацию из разнообразных источников, в том числе на иностранном языке. Выдержки по специальности «лечебное дело», описывающие профессиональные компетенции, формирование которых, следует осуществлять с использованием иностранного языка:

- способен и готов к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности;
- способен и готов к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с

информацией в глобальных компьютерных сетях, применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач;

- владение иностранным языком необходимо для формирования профессиональных компетенций и в таких областях, как: профилактическая деятельность, диагностическая деятельность, лечебная деятельность, реабилитационная деятельность, психолого-педагогическая деятельность. Особое место занимает иностранный язык в формировании способности к научно-исследовательской деятельности, основывающейся на следующих компетенциях:
- способен и готов изучать научно-медицинскую и парамедицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования, готовить рефераты, обзоры, доклады; участвовать в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач, соблюдать основные требования информационной безопасности;
- способен и готов к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования.

Таким образом, при современных требованиях к специалисту с высшим образованием, иностранному языку в той или иной форме необходимо обучать и на старших курсах вуза, и на послевузовском этапе (ординатура, аспирантура).

**Знание иностранного языка – одно из условий решения проблемы «специалист – информация».**

Практически все упомянутые компетенции предполагают сформированность у выпускника вуза умения работать с информацией, начиная от поиска необходимых сведений и заканчивая умением извлекать полученные данные, а также использовать их в своей профессиональной деятельности.

Объем специальной информации, принадлежащей различным областям знания, в современном мире стремительно растет. Проблема доступа к источникам знаний сегодня решена благодаря широкому распространению компьютерных технологий, однако степень информированности специалиста во многом определяется одним из его важнейших профессиональных качеств – умением работать с текстом, содержащим необходимую информацию, в том числе с текстом на иностранном языке. Проблема взаимодействия специалиста и информации, специалиста и текста относится в настоящее время к числу самых актуальных, и знание иностранного языка является одним из условий решения этой проблемы.

С лингвистической точки зрения, обучение информационной деятельности с использованием иностранного языка, означает формирование познавательной деятельности, и деятельности общения на иностранном языке. Овладение приемами познавательной деятельности, а именно – приемами обработки профессионально значимой информации (специального текста), способствует формированию культуры мышления специалиста.

Таким образом, результатом обучения должно стать личностное и профессиональное развитие специалиста. Освоенные умения деятельности общения способствуют непрерывному самообразованию и совершенствованию в профессиональной сфере, личностной мотивации иноязычного общения и необходимости дальнейшего изучения иностранного языка. Иными словами, Современный специалист должен обладать устойчивой мотивацией и умением самостоятельно изучать иностранный язык.

Необходимость непрерывного получения профессиональных знаний, постоянного развития современного специалиста – это одно из условий эффективного развития общества в целом. Именно поэтому возрастает новая роль вузовского преподавателя, взаимодействуя с которым студент, не просто получает предусмотренный программой объем знаний, но и приобретает умение самостоятельно учиться и потребность постоянно развиваться (особенно как профессионала).

#### **Заключение**

Подводя итог, следует отметить необходимость поиска вариантов расширения преподавания иностранного языка на старших курсах медицинских вузов а также включения подготовки по иностранному языку в систему послевузовского и дополнительного профессионального образования специалистов.

Итак, от курса введения в основы информационно-коммуникативной деятельности с использованием иностранного языка, следует переходить к обучению основам информационно-коммуникативной деятельности на иностранном языке – курсу, ориентированному на выпускников медицинских вузов. Следующая ступень в такой последовательности овладения иностранным языком – самостоятельное совершенствование умения использовать языки в условиях реальной профессиональной коммуникации (как в устной, так и в письменной ее формах).

Решение этой задачи – это создание и утверждение программ по иностранному языку нового поколения для специалистов с высшим образованием. На основе таких программ должны быть разработаны обучающие курсы различной продолжительности и направленности (с соответствующим количеством кредитов или зачетных единиц и выдачей удостоверения или сертификата).

#### **Список литературы**

1. Байрам М. Нужно ли изучать иностранный язык, чтобы общаться с другими народами? // *Этнопсихолингвистические аспекты преподавания иностранных языков*. - М.: ММА им. И.М. Сеченова, Ин-т языкознания РАН, 1996. - С. 5-12.
2. Леонтьев А.А. Язык не должен быть «чужим» // *Этнопсихолингвистические аспекты преподавания иностранных языков*. — М.: ММА им. И.М. Сеченова, Ин-т языкознания РАН, 1996. - С. 41-47.
3. Марковина И.Ю. Этнопсихолингвистический подход к содержанию УМК по иностранному языку для вузов неязыкового профиля (на примере учебного комплекса для студентов-медиков) // *Учебно-методический комплекс в системе подготовки по иностранным языкам в неязыковых вузах: теория и практика разработки*. Вестник МГЛУ. Вып. 538. - М.: ИПК МГЛУ «Рема», 2007. - С. 114-122.
4. Марковина И.Ю. Формирование межкультурной компетенции как один из аспектов развивающего обучения: этнопсихолингвистический подход // *Развивающее обучение в системе иноязычной подготовки: проблемы, инновации, перспективы*. Вестник МГЛУ. Вып. 567. Педагогические науки. - М.: ИПК МГЛУ «Рема», 2009. - С. 106-116.
5. Новиков А.И., Нестерова Н.М. Реферативный перевод научно-технических текстов. - М.: Институт языкознания РАН, 1991. - 148 с.
6. Язык. Сознание. Культура. Сб. статей / Отв. ред. Н.В. Уфимцева, Т.Н. Ушакова. - М-Калуга: Ин-т языкознания РАН, «Эйдос», 2005. - 400 с.
7. Markovina I. Investigating and Teaching Multiliteracy: An Ethnopsycholinguistic Approach // *Fremdsprachenkompetenzen für ein wachsendes Europa. Das Leitziel «Multiliteralität»*. Peter Lang GmbH. Daniela Eisner /Lutz Kuster/ Britta Viebrock (Hrsg.). - Frankfurt am Main, 2007. - S. 61-74.

### **ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ**

**Токтогулова Р.**

КНУ им. Ж. Баласагына

**Тезекбаева Г.**

Кара-Балта, колледж “Абай”

**Аннотация:** поскольку цели и задачи при изучении иностранных языков являются важными направлениями свободного владения и остаются актуальными во все времена.

**Ключевые слова:** цель, задача, различные виды памяти, конкретные задачи, рациональное использование.

### **ЧЕТ ТИЛДЕРИН ҮЙРӨТҮҮНҮН МАКСАТЫ ЖАНА МИЛДЕТИ**

**Токтогулова Р.**

Ж. Баласагын атындагы КУУ

**Тезекбаева Г.**

Кара-Балта, “Абай” колледжи

**Аннотация:** чет тилдерин үйрөнүүдө анын максаты жана милдети бардык мезгилде актуалдуу. Анткени максат менен милдет чет тилинде эркин сүйлөөнүн негизги багыты болуп саналат.

**Негизги создор:** максат, милдет, түрдүү ой жүгүртүү, так тапшырма, максаттуу колдонуу.

### **PURPOSE AND TASK OF LEARNING FOREIGN LANGUAGES**

**Toktogulova R.**

KNU named after J. Balasagyn

**Tezekbaeva G.**

Kara-Balta, college “Abay”

**Annotation:** the purpose and the task of learning foreign languages are very actually all the time. So far as purpose and task are the main principles of free speaking in foreign languages.

**Key words:** purpose, task, kinds of memory, special task, rational using.

Слово “цель” в последнее время все чаще связывается с тем, на что следует направить внимание в обучении этому предмету, чтобы прийти к определенным результатам.

В нашей статье строго дифференцируются понятия “цель” и “задачи”. Под целью понимается результат большой, всеобъемлющей задачи, которая заключается в том, чтобы привести учащегося от незнания иностранного языка к определенному владению им. Поскольку овладение иностранным языком, так же как и другими предметами, оказывает воздействие на мировоззрение обучающегося, его психику, а также обогащает его новыми сведениями о языке и посредством языка, помимо практической цели, планируется достижение воспитательной и образовательной целей. Поэтому следует считать правомерным выделение трех целей обучения иностранным языкам: практической, воспитательной и образовательной.

Вопрос заключается в том, что вкладывать в понятие “пользование иностранным языком” и чего можно достичь в условиях обучения ему в ВУЗе: каков может быть планируемый результат, вернее, планируемые результаты, так как можно говорить о планируемом результате по каждому из указанных видов речевой деятельности – понимание на слух, говорение, чтение и письмо.

Все усилия как обучающихся, так обучающихся должны быть направлены на то, чтобы отобранный материал был действительно введен в память учащихся, сохранялся бы там и был освоен активно настолько, чтобы они могли пользоваться им всякий раз, когда возникает необходимость в этом. Рациональное использование всех компонентов учебного комплекса в каждой группе, а именно четко спланированная интенсивная работа учащегося при использовании каждого из компонентов (учебника, книги для чтения, кинофильмов, грамматических таблиц, картин, электронных книг и др.) обеспечивает усвоение языкового материала в процессе выполняемой речевой деятельности: аудирования, говорения, чтения и письма – и подводит к планируемым результатам.

Что же можно ожидать “на выходе”? Изучение опыта лучших учителей, специально проведенные наблюдения и экспериментальные исследования по методике обучения иностранным языкам, позволяют как ответить на поставленный вопрос.

Во-первых, можно научить пониманию элементарной литературной разговорной речи на изучаемом языке в нормальном темпе при непосредственном общении, когда понимание облегчается самой ситуацией, присутствием собеседника, знанием предмета разговора, а также, когда понимание подкрепляется наглядным представлением о том, где происходит разговор, кто разговаривает, о чем может идти беседа ( в случае просмотра озвученных диафильмов и учебных кинофильмов). В этом случае воспринимаемая речь (на известную тематику) построена на усвоенном языковом материале.

Во-вторых, можно научить вести беседу на иностранном языке, что представляет собой неподготовленную речь. В этом случае предполагается умение реагировать на речь собеседника.

Ведение беседы непременно связано с умением как извлекать из памяти целые готовые образцы речи, так и “достраивать” высказывание в ходе беседы. Связанное высказывание (монологическая беседа) в таких условиях входит в беседу, и оно может не превышать трех-четырех логически связанных между собой предложений. Такое высказывание составляет достаточно большой “кусочек” связанной речи в беседе. Например, на вопрос: *Где вы работаете?* Возможен такой развернутый ответ: *Я работаю в гостинице “Бишкек”. Эта самая бльшая гостиница в нашем городе. Where do you work? I work at the hotel “Bishkek”. It is the largest hotel in our town.*

Следовательно, основное внимание при обучении устной речи должно уделяться ведению разговора, беседы, которые представляют собой сочетание диалогической речи (обмен репликами, составляющими диалогические единства: *Вы работаете? – Да. Do you work? – Yes, I do; Где вы работаете? – На заводе. Where do you work? – At the plan.*) и монологической речи – связанного высказывания, уточняющего и развивающего какую-то мысль в ответе:

- У вас есть родители? Have you got parents?
- Да, отец и мать. Yes, I have father and mother.
- Где они живут? Where do they live?
- В колхозе. Это недалеко отсюда. Я могу ездить туда автобусом и часто навещаю их. Хотите к ним со мной в воскресенье? In the farm. It isn't far from here. I can go by bus to see them. Do you want to see them with me on Sunday?
- Да, с удовольствием. With pleasure.

Из сказанного, однако, не следует делать вывод о том, что не нужно развивать монологическую речь. Напротив, такой “коммуникативный монолог” при ведении беседы возможен в том случае, если в процессе обучения учащийся овладеет умением связанного высказывания на уровне свободной речи, как подготовленной, так и неподготовленной, в связи с поставленной задачей

рассказать о себе (своем товарище, семье, доме, городе, селе), описать картину, передать содержание прослушанного или прочитанного текста и т.д. Овладение подобным умением сопряжено с развитием самостоятельной творческой речевой деятельности, что создает благоприятные условия для усвоения иностранного языка.

В-третьих, можно научить читать на иностранном языке несложные тексты, различные по характеру (художественные, общественно-политические, научно-популярные), что связано с развитием обеих форм чтения: вслух и про себя. Чтение вслух в основном обеспечивает овладение графической стороной языка, буквенно-звуковыми соотношениями в изучаемом языке, делением предложений на смысловые “кусочки” и правильное их интонационное оформление. Чтение про себя позволяет “вычитывать содержание” в тексте, извлекать из него смысловую информацию, развивать умение читать не по словам, а по синтагмам (комплексным синтаксическим единицам), что облегчает понимание, вернее, является его непременным условием. За 6 лет изучения иностранного языка можно привить учащимся необходимую культуру чтения: внимательное и вдумчивое отношение к заголовку текста, поскольку он является опорой в раскрытии читаемого и ориентирует читающего; просмотр текста целиком, чтобы составить представление об основном содержании и его трудности; поиск необходимой информации или главного в тексте; нахождение важных для понимания главного деталей; осмысление прочитанного, исходя из собственного опыта и знаний.

Владение чтением на иностранном языке непременно предполагает у читающего, помимо запаса слов и грамматических структур, необходимых для понимания предложенного текста, хорошо развитую языковую и контекстуальную догадку и умение пользоваться словарем.

В-четвертых, нужно и можно научить умению овладеть навыками письма, чтобы обеспечить им возможность выполнять различные упражнения, позволяющие лучше запоминать слова, словосочетания и грамматические структуры, а также овладеть лексически и грамматически правильной речью; выполнять тексты и контрольные работы, выявляющие знание и уровень сформированности грамматических и лексических навыков в речевых умениях (например, ответить на вопросы по прослушанному тексту или написать вопросы к прочитанному тексту); составить письменную краткую аннотацию на прочитанный текст и уметь написать короткое письмо.

Все вышесказанное и составляет в совокупности практическое владение иностранным языком, которое ожидается от оканчивающего обучение. Нельзя не согласиться с высказыванием О.И. Москальской о том, что “...практическое овладение иностранным языком означает не готовность к профессиональному использованию языка или владение им в степени, позволяющий свободно читать литературу и прессу на иностранном языке, а приобретение прочных знаний и разносторонних умений и навыков, а также навыков самостоятельной работы над языком, позволяющих наиболее успешное специализированное доучение”.

На основе языковых навыков и речевых умений, а также в процессе приобретения и развития возможно достижение воспитательных и образовательных целей. Так, содержание учебного материала (тексты, упражнения, картинки, кинофильмы, и др.) формирует мировоззрение учащегося, а методы и приемы работы с учебным материалом призваны развивать:

#### 1. **Различные виды памяти:**

*Образную (слуховую и зрительную)* – у учащегося развивается фонематический слух, способность удерживать звуковой образ слова и распознавать слова по звуковому составу, а также сохранять в памяти графические образы слов и соотносить их со звуковыми образами и со значениями:

*Моторную или двигательную* – учащийся запоминает и может воспроизвести правильно необходимые движения при написании иноязычного слова (память руки) и его произнести (осуществить требуемые движения органов речи в момент произнесения иностранного слова);

*Словесно-логическую* – учащийся может запомнить, сохранить и воспроизвести услышанные или прочитанные мысли, оформленные средством иностранного языка;

*Произвольную* – у учащихся развивается способность удерживать в памяти слова, словосочетания, предложения и “речевые произведения” большей протяженности, чем предложение, используя различные приемы запоминания;

*Непроизвольную* – учащийся запоминает слова, словосочетания и целые предложения в процессе выполнения интересных или требующих мыслительной (творческой) активности упражнений.

2. **Мышление учащегося**, поскольку язык тесным образом связан с мышлением. Работая над иноязычной речью учащегося, мы тем самым развиваем его мышление, у него совершенствуются мыслительные процессы: анализ, синтез, сравнение, абстракция, обобщение. Этому особенно

способствует работа над иноязычным текстом, над его языковой формой и смысловым содержанием. Однако простое запоминание слов, словосочетаний и текстов, пассивное усвоение получаемых знаний не могут обеспечивать развитие мышления, да и сами знания, приобретенные таким путем, не сохраняются в памяти надолго. Учащийся мыслит тогда, когда он поставлен перед необходимостью решать задачи и в процессе их решения может использовать ранее приобретенные знания применительно к новым обстоятельствам. Например, новое слово как графический знак<sup>1</sup> студент должен прочитать сам, применив знания букв и правил их чтения, а не повторять за преподавателем, что часто имеет место в практике обучения.

3. **Воображение учащегося**, так как обучение осуществляется в искусственных условиях, вне среды изучаемого языка, где наряду с реальными, естественными ситуациями и ситуациями, наглядно представленными с помощью изобразительных средств, широко используются и воображаемые ситуации, описанные словесно. Например, учащимся предлагается представить, что они встретились на почте или в магазине.

В заключение хотелось бы еще раз указать на то, что цель – это общее направление в обучении, план решения большой задачи, или, как теперь говорят стратегия обучения, которая включает в себя отбор соответствующего материала, его организацию и общие принципы обучения.

Цель достигается путем решения множества задач. Каждая задача ставится с учетом достижения общей поставленной цели – это тактика обучения. Имея конкретный материал, исходя из конкретных условий (состав и количество учащихся в группе, наличие учебных средств, всякого рода пособий и т.п.), преподаватель выбирает такие методы и приемы работы с ним, чтобы учащиеся овладели этим материалом, т. е. решается единичная задача. Следовательно, задача является этапом на пути достижения общей цели обучения.

Задачи обучения иностранному языку решаются на уроке, поэтому представляется целесообразным и более оправданным формулировать не цели урока, а конкретные задачи, так как именно их решает преподаватель с учащимися. На каждый урок планируется решение от одной до трех задач, в зависимости от ступени обучения, учебного материала, подготовки учащихся по данному предмету, состава группы и других факторов.

#### **Литература**

1. Аракин В.Д. *Методика преподавания английского языка*. М., 1958.
2. Салистра И.Д. *Методика обучения немецкому языку*. М., 1958.
3. Lenard H. Clark, Irving S. Starr. *Secondary School Teaching Methods*. N.Y., 1967.
4. Цетлин В.С. *Педагогическое обоснование целей обучения иностранным языкам*. М., 1970.
5. Москальская О.И. *Понятие “практическое овладение иностранным языком”*. М., 1971.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОПОСТАВЛЕНИЯ ФИТОНИМОВ РУССКОГО И КЫРГЫЗСКОГО ЯЗЫКОВ**

**А.М. Нурматов**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра русского языка

**Резюме.** В данной статье говорится о некоторых аспектах сопоставления фитонимов русского и кыргызского языков. Незаработанность данной проблемы, в том числе и кыргызском языке, во многом сказывается на развитии многих теоретических аспектов, как языковых, так и смежных с ними.

**Ключевые слова:** фитонимы, сопоставление, аспекты, русский язык, кыргызский язык, проблема, развитие.

## **ОРУС ЖАНА КЫРГЫЗ ТИЛДЕРИНДЕГИ ФИТОНИМДЕРДИ САЛЫШТЫРУУНУН КЭЭ БИР АСПЕКТИЛЕРИ**

**А.М. Нурматов**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Орус тил кафедрасы

**Корутунду.** Макалада орус жана кыргыз тилинин фитонимдеринин кээ бир аспектилерин салыштыруу жөнүндө айтылат. Бул көйгөй кыргыз тилинде да, орус тилинде да жакшы каралып

---

<sup>1</sup> Предполагается, что учащиеся сначала усваивают слово устно

чыкпагандыктан, эки тилдеги тең көптөгөн теоретикалык аспектилердин өнүгүүсүнө терс таасирин тийгизүүдө.

**Негизги сөздөр:** фитонимдер, салыштыруу, аспектилери, орус тили, кыргыз тили, көйгөй, өнүгүү.

## SOME ASPECTS OF COMPARISON OF PHYTONYMS OF RUSSIAN AND KYRGYZ LANGUAGES

A.M. Nurmatov

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev  
Department of Russian Language

**Summary.** This article talks about some of the mapping aspects of phytonyms in Russian and Kyrgyz languages. The lack of elaboration of this problem, including the Kyrgyz language, has a great impact on the development of many theoretical aspects, both linguistic and related to them.

**Keywords:** phytonyms, pitonisa vocabulary, mapping, traditional knowledge, etnokulturologiya, said.

Исследования фитонимической лексики во многих языках, в отличие от других пластов лексики, еще не привлекли пристального внимания ученых-лингвистов. Между тем неразработанность данной проблемы, в том числе и кыргызском, языке, во многом сказывается на развитии многих теоретических аспектов, как языковых, так и смежных с ними.

В большинстве случаев исследователи привлекают фитонимы как иллюстративный материал, в частности в работах, связанных с этнокультуроведением, культурологией или теорией перевода. Между тем именно отсутствие полноценных исследований в данном направлении негативно сказывается на полноценном развитии теории и практики перевода, культурологии и т. д. Отсутствие необходимых дву-трех и полиязычных справочников по фитонимии сказывается на развитии фармакогнозии, возникновении практических трудностей при переводе трудов зарубежных ученых, произведений писателей-натуралистов.

Во многом это связано с тем, что фитонимы являются узкоспециальным пластом лексики, используемые преимущественно в ботанике, биологии, отчасти в официальной медицине, сельском и лесном, а также в некоторых других отраслях народного хозяйства. Широко использовались фитонимы в народной медицине, которая в советское время была под строгим запретом, да и сегодня продолжает находиться в том же незавидном положении. С другой стороны и представители нетрадиционной медицины строго хранят свои тайны в узком кругу особо посвященных. Если добавить к этому еще и определенные различия в говорах кыргызского языка, когда одно и то же растение, например, подорожник, может иметь несколько названий: бака жалбырак, миц тамыр, барпы, зверобой- сары чай чөп, эшен чай, горец альпийский – мекери, кымыздык, перовская полынная – ит сийгек, коен томук. Или наоборот одно название, как например, бозунач, может обозначать несколько совершенно разных растений: бессмертник, камнеломку, змееголовник, кошачью лапку. Мамыр в зависимости от того полынь альпийская – чөп или цветок – эдельвейс – гүл, күчала – соответственно чилибуха и эминиум Регеля, Альберта. Можно представить, насколько все это затрудняет сбор и анализ фитонимической лексики кыргызского языка. Семейство лютиковых, в частности акониты, в том числе джунгарский, белоустый, круглолистный обозначаются соответственно в разных говорах по разному: уу коргошун, ормо кара, ак кодол. В ичкиликском говоре, а также в Джумгалском районе носители традиционных знаний соответственно обозначают акониты как кара барпы, бурма кара, ак барпы, а ятрышник соответственно как арала, аюу тапан, салаб. Последнее название заимствовано скорее всего из арабского языка, как и названия хурма – финик, хурма, салсавил – имбирь. Научная классификация фитонимов практически не совпадает как в русском, так и в кыргызском языке, названия растений даются чаще всего с учетом внешних признаков или свойств. Существующие многочисленные двуязычные русско-кыргызские справочники по ботанике и биологии, несмотря на ряд положительных моментов, в целом не учитывают богатейший материал по фитонимии в говорах кыргызского языка. Тем более эти различия явственно проявляются в ичкиликском говоре. Именно этим можно объяснить тот факт, что во многих русско, а в отдельных случаях – и кыргызоязычных переводах наблюдаются или неточности в переводе названий растений, или они даются в описательном варианте.

Между тем, фитонимы широко используются во всех языках для обозначения названий населенных пунктов, местности, рек, озер и т.д. Например, Кок-Жангак, Барпы, Уч-Терек, Арчалуу, Согоноттуу, Алмалуу, Жекенди, Шилбили, Кайрагач, Энгилчек, Оруктүү, Долоноттуу и т.д. В русском языке следующие топонимы как Дубровка, Вяземское, Березники, Ельня, Осокори однозначно говорят о фитонимической версии происхождения названия населенных пунктов. Прежнее название села Таш-Дөбө-Воронцовка происходит от просторечно-народного названия пиона среднего – воронец, воронцы, которые до сих пор в обилии произрастают на склонах окрестных гор. Широко используется практика использования и в собственных именах кыргызского и русского языков: Анджела, Ка-

милла, Резеда и т.д. В кыргызском языке фитонимический компонент в собственных именах даже чрезмерно превалирует, особенно такой составной компонент как – Гүл – в сочетании с другими составными является самым распространенным. Например, Гүлмира, Гүлназ, Гүлмария, Гүлжигит, Гүлнар, Гүлбүбү, Гүлбара и т. д. Кроме этого очень распространены имена с названиями плодов, ягод, растений: Кулпунай, Алмакан, Анара, Жалбыз, Уулжан, Джоодар, Айгүл. Вместе с тем заимствованы из других языков имена-фитонимы такие как Роза, Эрик, Ажар, Санобар, Камила, Анджела и др. Распространены фамилии Байтереков, Вместе с тем стоит отметить, что собственно в самом обозначении русских фитонимов прослеживаются явные следы заимствования или калькирования с тюркских названий растений: бадан – бадан, айр – айыр, золотой корень – алтын тамыр, маралий корень – марал тамыр, арбуз – дарбыз и т.д. В собственных кыргызских фитонимах наблюдается наложение фитонимических компонентов с компонентами-зоонимами: ит уйгак, тоо уйгак, айгыр чөп, аркар от, кийик от, элик оту, коен томук, ит сийгек и т.д. Нередко именно зоонимический компонент позволяет различать одно растение от другого: кой кымыздык, уй кымыздык, жылкы кымыздык. Однако для всестороннего и углубленного изучения фитонимического пласта лексики, необходимо, как показывает опыт сравнительного изучения фитонимии других языков, привлечение языкового материала как близко и неблизкородственных (в нашем случае – тюркских, а также монгольского) языков, так и неродственных сопредельных, контактировавших в культурном и историческом плане с кыргызским языком (русского, таджикского, арабского, китайского и других) языков, продолжающих контактировать. Комплексный всесторонний подход к изучению фитонимической лексики, несомненно, нужен для дальнейших исследований бесценного наследия традиционных знаний кыргызского народа. Без знания фитонимии это невозможно. К тому же необходимо учесть, что во всем мире резко возрастает интерес к традиционным знаниям. В настоящее время в Кыргызстане несколько неправительственных организаций уже несколько лет ведут плодотворную деятельность по сбору и систематизации традиционных знаний кыргызского народа не только на территории нашей республики, но и в соседних государствах, в местах компактного проживания кыргызского населения. В сопредельных странах: Монголии, Узбекистане, Таджикистане, Казахстане, России подобная работа уже давно ведется на государственном уровне. Корейская традиционная медицина под названием «восточная медицина» и китайская «тибетская медицина» известны во всем мире, находятся под опекой государства и дают ощутимые результаты как в деле охраны здоровья собственных народов, так и существенного пополнения бюджетов этих стран за счет развития так называемого медицинского туризма из стран ближнего и дальнего зарубежья.

#### **Список использованной литературы:**

1. Русско-киргизский словарь биологических терминов Фрунзе, Илим, 1990.
2. Ботбаева М. М., Ботаника. Бишкек, 2010.
3. Правила сбора и сушки лекарственных растений (сборник инструкций) Москва: «Медицина». 1985.
4. Юдахин К.К. Киргизско-русский словарь. М.: Советская Энциклопедия, 1965.

## **ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ АББРЕВИАТУР В КЫРГЫЗСКОМ ЯЗЫКЕ НА ФОНЕ ИХ РУССКИХ АНАЛОГОВ**

**Соронкулова А.Г.**

Старший преподаватель русского языка ИГ КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедра русского языка  
Бишкек, Кыргызстан

**Аннотация:** Важнейшим средством компрессии является аббревиатура. Аббревиация медицинских единиц – это новое явление в развитии кыргызской лексики. В сообщении сделана попытка рассмотреть способы проникновения аббревиатур в медицинский дискурс и их лексикализацию в кыргызский язык. Отмечены некоторые особенности функционирования кыргызских медицинских аббревиатур на фоне их русских аналогов. Рассмотрены наиболее частотно используемые тематические группы аббревиатур, которые демонстрируют широкую сферу их использования в кыргызском медицинском дискурсе.

**Ключевые слова:** аббревиатуры, денотаты, дискурс, автохтонный, прототип.

## **КЫРГЫЗ ТИЛИНДЕГИ МЕДИЦИНАЛЫК АББРЕВИАТУРАЛАРДЫН НЕГИЗГИ ЧЕНЕМДҮҮЛҮКТҮГҮ ОРУС АНАЛОГДОРДУН ФОНУНДА**

**Аннотация.** Аббревиатура компрессиянын маанилүү каражаты болуп саналат. Медициналык аббревиациянын бирдиктерди – кыргыз лексиканын өнүгүшүндөгү жаңы кубулуш десек жанылышпайбыз.

Макалада медициналык дискурса аббревиатуралардын киргизилишинин ыкмалары жана алардын кыргыз тилине лексикализацияланышы каралат. Кыргыз медициналык аббревиатураларынын колдонулушу жана кээ бир артыкчылыктары алардын кыргыз аналогдорунун фонунда аныкталат. Кыргыз медициналык дискурсуна кең ири колдонула турган аббревиатуралардын тематикалык топтору берилди.

**Негизги сөздөр:** аббревиатуралар, денотаттар, дискурс, автохтондук, прототип.

## THE MAIN REGULARITIES OF MEDICAL ABBREVIATIONS IN THE KYRGYZ LANGUAGE ON THE BACKGROUND OF THEIR RUSSIAN COUNTERPARTS

**Abstract:** Abbreviation is the most important means of compression. The abbreviation of the medical units is a new phenomenon in the development of Kyrgyz vocabulary. The report attempts to consider ways of penetrating abbreviations into medical discourse and their lexicalization into the Kyrgyz language. Some features of the functioning of Kyrgyz medical abbreviations are noted against their Russian counterparts. The most frequently used thematic groups of abbreviations are considered, which demonstrate a wide scope of their use in the Kyrgyz medical discourse.

**Key words:** abbreviations, denotations, discourse, autonomous, prototype.

Аббревиация медицинских терминов – активный способ терминообразования. По своим словообразовательным возможностям медицинская терминологическая лексика беспредельна. Медицинский лексикон, включая употребляемые в научной медицине термины других наук (биологии, генетики, психологии и др.), составляет несколько сот тысяч слов и словосочетаний, состоящий из сложных денотатов. Они, как правило, удобны в семантическом плане, но не всегда удобны для употребления.

Языковая практика многих народов свидетельствует, что многословие является бесцельной тратой времени и экономии, следовательно, необходимо создание кратких вариантов для длинных сочетаний.

Важнейшим средством компрессии является аббревиатура. В аббревиатурах информация передается меньшим числом знаков, чем в соответствующих исходных единицах, поэтому аббревиацию можно рассматривать и как один из видов оптимизации речевого общения.

Наибольшую продуктивность медицинские аббревиатуры получили в английском, французском и латинском языках. Менее репрезентативна аббревиация в русском языке и, особенно, в кыргызском.

Появление сокращений в кыргызском языке вообще и, в частности, в медицинском дискурсе лингвисты связывают с влиянием русского языка на различные подсистемы кыргызского и характером функционирования официального языка в Кыргызстане.

Аббревиация медицинских единиц представляет собой новое явление в развитии кыргызской лексики. Типы сокращенных слов в современном кыргызском языке в основном те же, что и в русском, следовательно, можно говорить о наличии общей модели построения аббревиатурных знаков в этих языках.

Вместе с тем, следует отметить, что существуют и некоторые особенности функционирования аббревиатур в кыргызском языке, связанных с языковыми и неязыковыми факторами. Например:

- а) наличие в языке словосочетаний с фиксированным порядком членов (перевод русских компонентов, входящих в состав аббревиатур осуществляется в обратном порядке): рус. СОЭ (скорость оседания эритроцитов) – кырг. ЭЧЫ (эритроциттердин чөгүү ылдамы);
- б) в некоторых русских аббревиатурах число компонентов меньше, чем в их кыргызском аналоге, поскольку один из компонентов в русской аббревиатуре может быть передан двумя кыргызскими словами: рус. ЗЧМ (закрытая черепно-мозговая травма) – кырг. БсМЖЖ (баш сөөк мээнин жабык жаракаты); рус. ПТМС (полная транспозиция магистральных сосудов) – кырг. НТТӨА (негизги тамрлардын толук өзгөргөн абалы);
- в) или упрощение кыргызских аббревиатур за счет усечения основ имен прилагательных (отсечение морфем или частей), которые наблюдаются при заимствовании русских прилагательных на базе интернациональных слов: АСК (Ацетилсалициловая кислота – ацитилсалицил кислотасы), ДГН (Диссеминированная гонококковая инфекция – жайлган гонококк инфекциясы).

Аббревиатуры в кыргызском языке сначала заимствовались и употреблялись без перевода: Минздрав, ЗАГС, медсестра, ЛОР, ВТЭК, лечфак и др. Постепенно стали появляться сложные сокращения, образованные из кыргызских слов и их сочетаний, но представляющие из себя кальки с соот-

ветствующих русских понятий: МВП (мочевыводящие пути) – ЗЧЖ (заара чыгаруучу жолдор), КФ (клубочковая фильтрация) – ТЧ (түйдөктүк чыпкалоо), НМП (нижние мочевые пути) – ТЗЖ (төмөнкү заара жолдору).

Аббревиатурные образования всех типов (буквенные, слоговые), которые освоены русским и кыргызским языками в чужом для них фонетическом комплексе. В таких (автохтонных) аббревиатурах фонетическое оформление не соотносимо с какой-либо лексической или синтаксической единицей этих языков, так как аббревиатуры образованы на ином языковом материале и в качестве готовых лексических единиц переключались в другие языки мира, в том числе, в русский и кыргызский: УЗИ, ЭКГ, ОРЗ, IPSS (стандартизированная суммарная бальная оценка симптомов), SD (индекс спермальных нарушений), препараты Диклофенак, Инометацин, Гипотиазид и др. Заболевание «Спленомегалия», МЕЗА (MESA) – аспирация сперматозоидов из придатка яичка, ТУТ (лечение недержания мочи, при напряжении, с использованием свободной синтетической петли), ВИЧ (вирус иммунодефицита человека).

Учитывая многокомпонентность аббревиатур, можно предположить, что статус разных аббревиатур по отношению к своему развернутому прототипу проявляется по-разному:

- а) кыргызские медицинские аббревиатуры, компоненты которых состоят из русских и собственных слов: ВПФ (высшие психические функции) – ЖПК (жогорку психика кызматтары), ДЗН (диск зрительного нерва) – КНД (көз нервинин диски);
- б) из русских, интернациональных и собственных слов: БАВ (биологически активные вещества) – БЖЗ (биологиялык активдүү заттар), ИММЛЖ (индекс массы миокарда левого желудочка) – СКБМИ (сол карынчанын булчуц массасынын индекси);
- в) из интернациональных и собственных слов: ВУИ (внутриутробные инфекции) – ЖИИ (жатын ичиндеги инфекциялар), ГР (гормон роста) – ОГ (өсүү гормону);
- г) из собственных слов. Эту группу составляют, в большинстве, соматические аббревиатуры: ПИСБП (печень и селезенка без патологии) – ДББ (дартсыз боор жана бөйрөк), СА (сонная артерия) – КГ (күрөө тамыр), СО (слизистая оболочка) – БЧ (быжыр чел), ТБС (тазобедренный сустав) – ЖКЖМ (жамбаш кашка жилик мууну) и мн.др.

Аббревиатурные образования, объединенные в тематические группы демонстрируют достаточно широкую сферу их использования в кыргызском медицинском дискурсе. Разумеется, различные аббревиатуры употребляются с неодинаковой частотой. Наиболее частотны сокращения для обозначения следующих явлений:

- 1) Анатомические структуры и феномены: рус. ВНЧС (височно нижнее – челюстной сустав) – ЧБЖМ (чыккык ылдыйкы жаак мууну), ПОГ (передний отрезок глаза) – КАБ (көздүн алдыкы бурчу);
- 2) Физиологические показатели: рус. ДН (дыхательная недостаточность) – кырг. ДЖ (дем жетишсиздики), ПИСБП (печень и селезенка без патологии) – ДББ (дартсыз боор жана бөйрөк);
- 3) Клинические проявления, заболевания, патологические проявления: рус. ДППГ (доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение) – кырг. ЗКДАБ (залалсыз курч дүүлүгүү абалдык баш айлануу);
- 4) Микробиологические категории (возбудители болезней, а также составляющие микрофлоры (вирусы, бактерии и др.): рус. ВГА (вирус гепатита А) – кырг. АГВ (А гепатиттин вирусу), БГС (Бетагемолитические стрептококки) – кырг. БГС (бетагемолитикалык стрептококктор);
- 5) Биохимические соединения и лекарственные средства: БАВ (биологически активные вещества) – БЖЗ (биологиялык активдүү заттар), ПАБК (парааминобензойная кислота) – ПАБК (парааминобензой кислотасы);
- 6) Физические, биохимические и фармакологические факторы, показатели, реакции: АМК (азотмочевина крови) – кырг. б-АГ (белковый антиген) – б-АГ (белоктун антигены);
- 7) Лечебные и диагностические процедуры, хирургические и другие манипуляции: МСКТ (мультипиральная компьютерная томография) – КБКТ (көп буроолуу компьютердик томография), ДКТ (длительная кислородотерапия) – КУД (кычкылтек менен узык дарылоо).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что аббревиатуры характерны для многих языков, в том числе, и для кыргызского. Типы сокращений медицинских аббревиатур в русских и кыргызских языках имеют общие модели, хотя в каждом языке наблюдаются различные особенности. Не имея эквивалентов в других языках, анализируемые медицинские термины заимствуются различными языками и становятся частью интернациональной лексики.

Упорядочения аббревиации в медицинском дискурсе можно добиться с помощью тщательного изучения аббревиатур и создания специализированных терминологических словарей, отражающих профессиональные концептосферы.

#### **Список использованной литературы**

1. Адилов М.М. Сокращенные слова в разных системных языках//Типологическая лингвистика. Баку, 1984.
2. Аликулов З.А. Аббревиатуры в современном узбекском языке. Ташкент 1986.
3. Васина М.В. Акцентное оформление терминологических словосочетаний в английском медицинском дискурсе: Автореф... к.ф.н. Иваново: ВиГУ, 2004.
4. Методика стандартизации сокращения русских слов и словосочетаний. – М.,1977.
5. Могилевский Р.И., Аликулов З.А. К вопросу о возникновении и функционировании аббревиатур в тюркских языках народов СССР// Вопросы востоковедения. Самарканд, 1976.
6. Словарь мед. терминов.

## **МАНАС ЭПОСУНДАГЫ МЕДИЦИНАНЫН БҮРТҮМДӨРҮ**

**К. Абдыбалиева**

Физика, математика, информатика жана КТ кафедрасы,  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

**Кыскача мазмуну:** Макалада элибиз байыртан эле медицина бүртүмдөрүн байма-бай колдонуп келишкени эпостон кыскача үзүндүлөрдү келтирүү аркылуу баяндалат.

**Ачык сөздөр:** Эпос тариздери; талгак; талгактык; эцгил-децгил; оозантуу; стресс; инфарк; оржемил; момия; кара дары; депрессия; насывай; жан кисе; кан майдан; ордо оюну; чоц казат.

## **ЭЛЕМЕНТЫ МЕДИЦИНЫ В ЭПОСЕ МАНАС**

**К. Абдыбалиева**

Кафедра физики, математики, информатики и КТ  
Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева

**Аннотация:** В статье приводятся элементы медицины, применяемые издревле, во всех разделах героического кыргызского эпоса.

**Ключевые слова:** Варианты сказания эпоса; талгактык-токсикоз; потеря ориентира; проба пищи; стресс; инфарк; оржемил; момия; черное лекарство; депрессия; насывай; жан кисе; боевой фронт; игра в ордо; великий поход.

## **ELEMENTS OF MEDICINE IN THE MANAS EPIC**

**K. Abdybalieva**

Department of physics, mathematics, informatics and computer technology  
of Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

**Annotation:** The article presents the elements of medicine applied from ancient times in all sections of the heroic Kyrgyz epic Manas.

**Key words:** Variants of the epic legend; toxicosis; disorientation; to taste the food; stress; infarction; orzhemil-medicine; momia; black medicine; depression; saw; zhan kise – medicine chest; battle front; ordo play; the great march.

Манас баатырдык эпосу бир гана кыргыздардын туш тарабын тегиз камтыган тарыхы, аскердик илими, турмушту жөндөө жагдайлары, жандүйнө баарлашуусу (психология), табият менен таттуулашуу ыкмалары, таалим-тарбия кору эле эмес, дарыгерлиги менен адамдын биобирдик катары тукум улап, денсоолукта чымыр жашоосуна жол көрсөтчү эбегейсиз чоц чыгарма. “Орто Азия элинин жашоо-тиричилигинин энциклопедиясы” – деп гений Чыңгыз Айтматов байма-бай белгилеп келгени эпосту кыргызстандын чегинен ары кенен жылдырып-жайылтып, географиясын кеңейтип, барк-парасатын көтөрүп, окурмандарын көбөйтөт.

Биздин, бул эпосто медицина кандай орунда турары, кандайча аны толуктаары жөнүндө сөз козгоп, ушул багытта билдирүү жасоо оюбуз бар.

Манас эпосу – табигый өңүттөн алсак да, илимий талкуу болобу, катардагы окурмандын көз карашынан тигилсек деле, мухиттей чалкыйт. Бир нече муундар, жүздөгөн, миңдеген залкар, же аты элге белгисиз айтуучулар, акындар – манасчылар түмөн миллиондогон ыр сабында эпостун негизги

духун оозеки, мээсинде сактап, жүрөк толкутуп, эл казынасын бараандатып, байытып келишкен. Ошолордун ичинен биздин тандообуз залкарлар: Сагынбай Орозбак уулу менен Саякбай Карала уулунун айткан (ырдап берген) тариздерине түштү [1; 2].

Хан Ногойдун уулу Жакып “Бай Жакып” аталып, элүүгө келип калса да, бала көрбөй, арманы айга жетип: “бала күнүмөн мал жыйдым, бала менен ишим жок; жүрөгүм менин чала экен, дүнүйө ээси бала экен; артында бала жок болсо, дүнүйөсү курусун, бузулуп калган калаа экен. Атам Ногой хан болду, Жакып кандай жан болду?!” [1] деп кабатырланып жүргөндө, байбичеси Чыйырды кош бойлуу болуп, жолборстун жүрөгүнө *талгак* экенин: “Бал, шекерге карабайт, башка тамак жарабайт, жесем деп жолборс жүрөгүн, мындан башка самабайт; же тийбейт жолборс жүрөгү, жинди болуп байбиче, жеригинен жүдөдү” деп айтылган саптар баланы боюна көтөргөн аялдын физиологиясы өзгөрүп калганда, ага жеткиликтүү-жештүү, чүйгүн тамак-аш менен азыктанып, ымыракайдын толук кандуу өсүп жетилиши үчүн *талгагын кандыруу* зарылдыгы айтылган. Туш тарапка, мергендерге буюртма берип, эл-эли менен жолборс аңдып, атып, жүрөгүн алдырып беришип, Чыйырды байбиченин талгагы канып, бала төрөлгөндө эле баатыр төрөлгөнү, табият менен эриш-аркак, чымыр, акыл-эси толук болочок айкөлдүн жаралышын шарттайт.

Чыйырдыны төрөтүү ыкмасы да, төрөт жолун оңойлото турган, ыңгайлуу, баканды карматып, тиретип, “Бала койсо чирешип, байбиче бою тердеди; бала катуу чиреди, байбиче бакан тиреди” [1] – деп, жарымдай олтуруп, бакан тиренип, чоң наристени да оңой-олтоң жарыкка келтирүү ыкмасы берилген. Бул – элдин өтө акылмандуулук менен өмүр улоодогу иштиктүү, төрөп жаткан аялдын денсоолугун аяган, аяр, боорукер ыкмасы.

Эненин ууз сүтү зарылдыгын бала жерге түшөр замат, “*оозантмакка* баланы, оозуна эмчек салганы” өтө маанилүү, ымыркайдын ден соолугуна эң керек экени айтылган.

Акбалта келип, Жакыпка “Байбичең уул төрөдү!” – деп сүйүнчүлөгөндө, Жакып эси ооп калганы, сүйүнчүтөн да *стресс*, жүрөгү жарылып, *инфарк* болоору эскертилип турат.

Саякбай Каралаевдин айтуусундагы Манас эпосунда: “Ай бөксөрүп күн бүтүп, ак байбиче Чыйырды бүткөн экен боюна, бек сүйүнгөн кубаныч көңүлгө кабат толуптур; бир күн жатып байбиче *талгак кези* болуптур, күчтүү болуп *талгактык*, жинди да эмес, соо да эмес, оору да эмес, таза эмес, *эңгил-деңгил* болуптур” – деп кош бойлуу кезде, айрыкча жашы өйдөлөп, байбиче курагына чукулдап калган аялдарда физика-физиологиялык өзгөрүүлөр болоорун, аны (талгактыкты) өз учурунда басып, текши курсактагы ымыркайдын толук кандуу биологиялык-физикалык-физиологиялык өсүп жетилишин да, эненин денсоолугун да чымыр камсыздоо зарылдыгын белгилейт. Жолборсту атып, анын жүрөгүн “кызыл чокко салыптыр, теңи – бышык, теңи – көө, азыраак – таза, көбү – күл, байбиче шер этине тоюптур, шер этине тойгон соң, урунганын коюптур, ооруганы басылды, дарт кумары жазылды” [2] деп тастыкталып, кош бойлуу аялдын психологиялык өзгөрүүлөрүн да эске алып, ага мындай кездерде аяр мамиле кылып, көңүлдөгүсүн оорундатуу парз экени түздөн-түз айтылган.

Манастын бала чактан баштап, өспүрүм курагында эле баатырдыгы, тайманбастыгы байкала баштаган. Ал башка теңтуш балдарынан өзгөчөлөнүп, алдыңкы, баш-көз болуп, айланасына кырк өспүрүм жыйып, ордо ойноп, жоокердик духта өскөн. Шибе уруусунун башчысы, баатыры Музкиндик калмак ханы Молтонун буйругу менен келип, ордо оюнун кырк бала жолдошу менен ойноп жаткан Манаска тийишип, ордосун бузуп, кербен төөлөрүнө тебелеткенде, Манастын томпой менен аткан чүкөлөрү ыргып барып, эки төөнүн шыйрагын сындырып кетет. Төөлөрүнө кейип, ачуусу келген Музкиндикке Манас: “балабыз да биз эми” – деп жоошута айтканына көнбөгөндө, “Камынып турган Музкиндикти как жакадан алганы, кызыл өңгөч, кекиртек кошо кармап алганы, заманасын куурду, чымчыктай башын суурду” [1] – деп айтылып, анатомия бүртүмдөрү кошо чагылдырылат.

Эпосту өтө маанилүү окуяларга жык толтуруп, тереңдете айткан залкар манасчы Сагынбай Орозбак уулунун таризи боюнча талдоо жүргүзсөк [1], Манастын кыз Сайкал менен беттешкени бөлүмүндө “Найза тийген Манастан Сайкал сайган найзанын шыпырып алып түпөгүн, жылдырып сууруп алганы; суурулган жерден кан кетти, жаман жара экен деп, көрүп кыйла жан кетти; эти ачынып алыптыр, эринбей турган эр Манас ичи күйүп калыптыр; *оржемил* деген дарысын жутуп алды баарысын. Аккан каны басылып, айнектей көзү ачылып, каары бойдон чачылып, оңдоп алган кыягы, ачууланган бу Манас оңдурбастай сыягы...” – деп айтылып, кан токтотууга да, акыл-эсти жыюуга да *жан кисесине* (бүгүнкү күндүн дары-дармек кутучасы – аптечка) салып жүргөн дары-дармектерин колдоно жүрүшкөнү баса көрсөтүлөт.

Ушул эле манасчынын төртилтик китебинин экинчи китебинде Манастын Оргу хан менен болгон согушунан кийин жарадар жоокерлер “... колу сынып тандырып, байлап жүргөн дагы бар; буту сынган мунун деп, теректерден табышып, челек кылып чабышып, оюп жүргөн андан көп; колу

чыккан экен деп, колтугунан көтөрүп, чоюп жүргөн сандан көп; сом жеринде ок бар деп, тинтүүр менен кошотуп, ок жуткуруп окшутуп, кустурма берип кустуруп, жүрөктөгү кара кан *оржемил* берип буздуруп; буту, колу сынганга *момия* дары издешип” [2] согуштан алган жараларын дарылап (алгачкы ортопедия жана травматология ыкмалары), сакайып кетишкен.

Ушул эле китепте “Алмамбет баатырдын капаланып келе жатып, Чүйдүн аягында Манас баатырга учураганы” бөлүгүндө Алмамбет казактардын Көкчө ханына таарынып, жалгыздык көйүнө муңканып, “... Ызылдаба, ызгыч куш, ырасын айтсам ушул иш, – канаттуудан сен жалгыз, какшыган чөлгө бүтүпсүң, кара баштан мен жалгыз, кайыры жок элге бүтүпмүн, кылып кыйла пайданы, кызматым жерге житипмин! Айланып келип башыма, не үчүн тиер кегич бар?! Койсоңчу, ызгыч, кордобо, жолуман чыгып торобо, өзүңдү өзүң зордобо, Айдаркандын Көкчөдөй жалгызсың деп кордобо!” деп ызгыч кушка наалыш айтып, ал куштан бар дүйнөгө болгон ыза-муңун чыгарчудай, “Коломсокко кол салды, ошол кушка ок алды, Алмаңдын көргүн санатын, жебесин тагып жаасына, ызгычтын атты канатын, канатын огу сындырды, ызгычтын жанын тындырды”. Чыйраксынган ызгыч куш жер чукуп, Алмамбеттин жолуна кулап түшөт, аны колуна эңип алып көрсө, тырп этерге алы жок, оор жарадар болгон. Анда Алмамбеттин ызгыч кушка айтып турганы: “...алда жүн берген далына, аңдабай өзүн алына, Адамга не үчүн кыйылдың? Арманда өлүп атылдың; аңкыган чөлдө сен болдуң, ач арстан мен болдум, алынды билбей не тийдиң? Сенден бетер мен дагы алымды билбей баш кошуп, ажалдын тонун мен кийдим. Эми берсе кудай жолумду, чечейин ажал тонумду, бүтүрөйүн канатың, бейкүнөө жанга катылбай, сен да тап деп жолуңду, *кайнатма кара* дары бар, канатың азыр бүтүрчү, канча *дармек* баары бар. Сүйкөй салып жарага, сынып калган канатын кыябына салганы, алып алтай кырмызы, канатын аста таңганы, дарыга канат сырдады, *талжибек* менен чырмады; учурмакка Алмамбет ызгычты кармап ыргады” [1]. Ошентип жебе огуна жараланган кош канатын заматта айыктыруучу Алмаңдын кара дарысы, жаратты таңган талжибек – булар өз доорунун дарыгерлик шаймандары болгон.

“Баатырлардын согушу” бөлүмүндө (4-китепте) Алмамбет, Сыргак менен Чубак Коңурбайдын кошуунуна каршы аттанышып, Коңурбайды Алмамбет жарадар кылып, найза сайганда, ал “шаркырап аккан канын жети дарыгерлеринин деми менен токтотуп, өз тобун көздөй качып жүрүп кетиши” [2] баяндалат. Боз-Кертиктин ууга чыланган найзасынан далысына мерт жеген Алмамбет өзү жасаган дармеги менен Сыргакка айтып дарысын септирип, сакайып кетет.

Чоң казатка чыгар алдында Алмамбет тагдырына таарына, Каникейге “өз болбодум элиме, өзгө болдум силерге, өлсөм мени ким көмөт?!” [1] деп зарлаганда, аны *депрессиядан* чыгаруу үчүн тил алдына *насывай* салып, *стрессин* таратышкан.

Техес хандын сыйкырланган колу – жоокерлери менен согушканда кан майдан учурунда атылган мылтык түтүндөрүнөн Манастын көзү көрбөй калат. Бакай баш болуп чаап келгендер аны көрүшөт да, Манастын көзүнө дары тамчылатып, сакайтып алышат [2].

Ошентип, бүгүнкү медицинанын алгачкы эң жөнөкөй, бирок иштиктүү, денсоолукка пайдалуу бүртүмдөрү (элементтери) биздин элибизди дүйнөлүк маданият менен адабияттын бийик чокусуна алып баруучу Манас эпосубуздун бардык бөлүмдөрүндө кездешет да, алар өз кезегинин алгы милдеттерин аткарышып, жоокерлердин чымыр денелүү, тунук акылдуу болуп, атуулдук парзын баатырдык денгээлде өтөшүп, элдин элигин, мамлекеттин бүтүндүгүн сактоодо орчундуу орунду ээлешкен.

#### **Колдонулган адабияттар:**

1. Манас. 4 томдуктан турган кыргыз элинин баатырдык эпосу (Сагынбай Орозбак уулунун айтуусунда), Фрунзе, “Кыргызстан” басмасы, - 1979-ж.
2. Манас – кыргыз элинин баатырдык эпосу. I-III томдуктары. Саякбай Каралаевдин айтуусунда, Бишкек, “Кыргызстан”, - 1995-ж.

## **КЫРГЫЗСКИЙ ГЕРОИЧЕСКИЙ ЭПОС «МАНАС» И РУССКИЕ БЫЛИНЫ**

*(Из опыта сопоставительного анализа)*

**Молдокматова Н.Т., Соронкулова А.Г.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра русского языка

**Аннотация.** В статье рассматриваются в сопоставительно-типологическом аспекте изучение кыргызского эпоса «Манас» и русских былин. Выявляются схожие моменты и различия, а также их бытование в современной жизни кыргызского и русского народов.

**Ключевые слова:** сопоставление, типология, «Манас», былины, манасчи-сказители, героический эпос.

## КЫРГЫЗ БААТЫРДЫК ЭПОСУ «МАНАС» ЖАНА ОРУС БЫЛИНАЛАРЫ

(Типологиялык салыштыруу тажрыйбасынан)

Молдокматова Н.Т., Соронкулова А.Г.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Орус тили кафедрасы

**Коротунду.** Макалада кыргыз элинин «Манас» эпосун орус былиналары менен типологиялык салыштыруу аспектинде изилдөө каралган. Бул эки элдин баатырдык эпосторунун ортосундагы окшоштуктар жана айырмачылыктар көрсөтүлүп, ошондой эле алардын бүгүнкү жашоодогу орду жөнүндө сөз болот.

**Негизги сөздөр:** салыштыруу, типология, «Манас», былиналар, манасчылар, баатырдык эпос.

## THE KYRGYZ HEROIC EPOS "MANAS" AND THE RUSSIAN EPICS

(from the experience of comparative analysis)

Moldokmatova N.T., Soronkulova A.G.

KSMA named after I.K. Akhunbaev, Russian Language Department

Kyrgyzstan, Bishkek

**Annotation.** The article deals with the comparative-typological aspect of the study of the Kyrgyz epos "Manas" and Russian epic novels. Similar moments and differences are revealed, as well as their existence in the contemporary life of the Kyrgyz and Russian peoples.

**Key words:** comparison, typology, "Manas", epics, manaschi-narrators, heroic epic.

Когнитивная лингвистика ставит во главу угла антропоцентрический подход в изучении ментальных процессов в языке. Наряду с лингвокультурологией данное направление в науке исследует отражение в языке характера народа, его "мировидения" (В. Фон Гумбольдт) и изучает национальные, культурные и индивидуальные различия, которые, вливаясь воедино, из неповторимых идентичностей составляют единое общечеловеческое. В глобализирующемся мире, при неизбежности межкультурной коммуникации, следует знать и учитывать универсальные и специфические модели поведения и модели общения народов. Залогом успешной реализации данной коммуникативной задачи выступает знание студентами-медиками основных идей, схожих моментов и некоторых различий в незабвенном творении двух народов: кыргызском эпосе и русских былинах.

Рассказчики древнего эпоса пытаются отразить переживания, ощущения, истории своих героев как можно ярко, с мельчайшими подробностями, уделяя много сил и времени описанию деталей. Ими используются все художественные средства: эпитеты, гротеск, аллегория, даются синонимические, развернутые описания слов и понятий.

Это связано с тем, что в то время, пожалуй, единственным способом коммуникации являлись беседы, приукрашенные рассказы очевидцев, передачи из уст в уста народных песен, загадок, пословиц, поговорок, выступления манасчи-сказителей, сказочников. Для особой привлекательности, для связи и перехода от одного сюжета к другим и применялись приемы тавтологии, уточнения, приукрашивания. Все это делалось, конечно же и для того, чтобы насладить публику изысканной речью. Как, например, в эпосе «Манас»: *Жебенин огу кыркырап, / Тийген жери быркырап, / Элүүдон огу түгонуп, / Ээрдин кашы уболуп, / Асынып саадак алышып, / Мылтыкка дүрмөт салышып, / Мылтыктарын октошуп, / Милтелерин чоктошуп, / Бута койгон немедей / Бура тартпай токтошуп...* [1].

Исследователь фольклора В.К. Соколова в 1967 году писала: «Сейчас важнейшей задачей фольклористов остается создание историй фольклора разных народов и, на их основе, истории устно-поэтического творчества народов мира, установление общих закономерностей его развития [2].

Эти проблемы решаются фольклористикой и в настоящее время. Актуальны исследования различных фольклорных жанров в их историческом развитии и взаимосвязях, что, прежде всего, относится, на наш взгляд, и к изучению героического эпоса разных народов.

Фольклористов всегда интересовали не только возникновение, но и дальнейшая жизнь эпической поэзии; предметом исследования выступала традиция, которая обусловлена бытовой устойчивостью эпоса; также они особо уделяли внимание технике и природе исполнительства, сочетающих в разных пропорциях традиционные и творческие моменты.

Методология и основная проблематика всей фольклористики определились не сразу, а вырабатывались постепенно с развитием собирательной и исследовательской работы. Понимание обще-

ственного значения народного поэтического творчества, его связи со всеми сторонами жизни народа, стремление понять его социальную природу, пристальное внимание к процессам, происходящим в нем в настоящее время, стали той основой, послужившей залогом дальнейшего плодотворного развития советской и постсоветской фольклористики.

Лишь после Великой Октябрьской революции стало уделяться большое внимание собиранию и изучению былин и, тем более, кыргызского эпоса. Но первые фольклорные разыскания и записи, к примеру русских былин относятся к 20-30 гг. XIX в. Эти экспедиции дали огромный материал, были открыты ранее не известные талантливые сказители былин – Ф.А. Канашков, Г.А. Якушев, А.С. Богданова-Зиновьева, М.С. Крюкова и другие. Изучению былин были посвящены труды выдающихся ученых прошлого и зарубежных ученых-славистов, таких как Ф. Миклошич, И. Махаль, В. Вольнер, М. и К. Чодвики, А. Мазон и другие.

Начало изучения кыргызского эпоса «Манас» относится ко второй половине XIX в. Зачинателями этого изучения являются русский ученый В.В. Радлов и казахский этнограф Ч.Ч. Валиханов

Их исследования были продолжены после Великой Октябрьской социалистической революции П.А. Фалеевым, М.О. Ауэзовым, В.М. Жирмунским, Б.М. Юнусалиевым, С. Бегалиевым, Б. Керимжановой, Р.З. Кыдырбаевой, С. Мусаевым и другими современными учеными.

Собирание и изучение былин и кыргызского героического эпоса, их вариаций, изучение творчества исполнителей былин и манасчи дают возможность поближе рассмотреть устойчивые традиции и новые изменения в эпической поэзии двух народов, а также выявить роль индивидуального начала в эпосе и в былинах.

В процессе изучения героического эпоса не раз возникали разногласия и жаркие споры у исследователей по тем или иным проблемам. Так, нам известна устная дискуссия, состоявшаяся в апреле 1964 г. в Москве, об историзме народного эпоса, главными участниками которого были В.Я. Пропп и Б.А. Рыбаков.

Нет единого мнения о возникновении и отражении действительности и в эпосе «Манас». Отсюда мы приходим к следующему выводу о том, что действительно эпическая поэзия вобрала в себя историю народов на протяжении многих веков, хитроумно переплетая его с художественным вымыслом и что, пожалуй, закономерно выявление тем или иным исследователем отдельных моментов звучания событий летописи и эпоса.

Определив, и уточнив задачи настоящей работы: вкратце рассмотреть историю бытования эпической поэзии двух народов; заострить внимание на творчестве сказителей былины и манасчи, влияние их на развитие эпоса как русского, так и кыргызского; выявить проблематику эпоса разных народов, а также указать на соотношение исторических фактов и художественного вымысла, мы пришли к следующим выводам:

Былины изучались с первой половины XVIIIв., когда ими заинтересовались историки В.Н. Татищев и Г.Ф. Миллер. Позже связь былин с русской историей пытались установить К.Ф. Калайдович, Н.И. Костомаров, К.С. Аксаков.

Жизнь былин на Севере наблюдали собиратели П.Н. Рыбников и А.Ф. Гильфердинг. С 50-х гг. XIXв. выделилась мифологическая школа, которую представляли молодой Ф.И. Буслаев и О. Миллер. Теорию заимствования, возникшую в Германии, применили к изучению былин В.В. Стасов, А.Н. Веселовский, М.Е. Халанский, И.Н. Жданов, П.П. Потанин и другие. Русская историческая школа складывалась постепенно. Но исторический принцип исследования былин применил впервые Л.Н. Майков.

В советской науке определились два подхода к исторической стороне былин: одни ученые искали историческое основание былин, старались найти те события и лица, изображенные в былинах; сюда относят Б.А. Рыбакова, М.М. Плисецкого, Р.С. Липец. Другие резко отвергали их воззрения, положив в основу подхода к былинам понимание их как художественного явления. К ним относят А.П. Скафтымова, В.Я. Проппа, Б.Н. Путилова.

Кроме ранее указанных исследователей эпос «Манас» изучали С.М. Абрамзон, А.И. Бернштам, И.А. Батманов, К.К. Юдахин, П.Н. Берков и другие.

В процессе исторического бытования в подлинную народную основу того или иного произведения эпоса могут проникнуть консервативные или реакционные идеи, но это не должно превращать рассматриваемое произведение в ненародное по существу. По этому поводу тоже возникли жаркие споры вокруг эпоса «Манас», которые были разрешены только научной конференцией, проводившейся в г. Фрунзе в 1952 г.

Немаловажная роль принадлежит индивидуальному началу на всех этапах развития эпической поэзии. Например, у певцов былин Ивана Фепопова и Потапа Антонова, в силу религиозного

влияния на них, богатыри отличаются особой набожностью, что мы наблюдаем и в варианте «Манас» у сказителя Сагымбая Орозбакова.

Проведенный, в общих чертах, сопоставительный анализ поэтики русского и кыргызского эпосов, показал выражение глубокого понимания истории и исторической роли народных масс, также поэтизацию борьбы русских и кыргызских богатырей за независимость.

Художественное своеобразие русских былин и кыргызского эпоса выявляют сложные мотивы. Они заключаются в следующем:

1. И в русском, и в кыргызском эпосах главным действующим лицом выступает воин-богатырь, как защитник родины.
2. Выделяется чудесное рождение богатырского младенца. (Долгое время и родители Манаса, и родители Ильи Муромца бездетны).
3. В сюжетной канве обращается внимание на одновременное появление на свет коня богатырей вместе с их рождением.
4. Уделяется огромное внимание вооружению и коню богатыря.
5. И в том и в другом эпосе есть мотив побратимства.
6. Также выделено героическое сватовство.
7. Открытому поединку придается большое значение и там, и там.
8. Схожи образы героической матери.
9. Во многом совпадает описание внешнего облика вражеских «богатырей-насильников».
10. Наблюдается совпадение эпитетов, сравнение и других средств художественного изображения. Например, если в былинах звучит: *Говорит Илья да таковы слова [3]*, – то в кыргызском эпосе смысл приведенного примера передают следующие строки: *Анда Манас кеп айтат, Кеп айтканда деп айтат...* [4].
11. Характеристика святорусских богатырей и богатырей кыргызского эпоса отличается не количеством силы, а ее нравственными качествами, наличием в ней человеческой цели, службой своему народу. Если провожая Илью в Киев, мать наказывает ... *Не сиротить малых детушек, не бесчестить молодых жен [3]*, а отец благославляет сына своего на *добрые дела [3]*, то и родители Манаса дают ему такое же наставление:

*Киши олтуруп, мал алба,  
Эр олтуруп, мал алып,  
Эсепсиз калба залалга...* [4]

12. Здесь и там мы видим стремление героев делать добро людям и никогда не отступать перед силами зла.
1. Награда за ратный труд у них не золото, не богатство, а всего лишь человеческая благодарность, добрая память, которая ценится превыше всего не только старорусскими богатырями, но и богатырями эпоса «Манас».

Также наблюдаются схожие моменты и в творчестве сказителей двух эпосов:

1. Сказители и русского, и кыргызского эпосов в основном выходцы их народа.
2. Певцы и манасчи исполняют героическую поэму без музыкального сопровождения, особое внимание уделяя ее своеобразному мотиву.
3. Индивидуальность сказителя играет большую роль и в трактовке эпосов.

Наряду со сходными мотивами отмечаются и существенные различия:

1. Эпическая поэзия русского и кыргызского народов развивалась неодинаково: былина бытовала как отдельная эпическая поэма, а эпос «Манас» сгруппировал все события вокруг одного героя.
2. В отличие от былин, «Манас» исполняли профессионалы-манасчи.
3. В былинах наблюдается только начало индивидуализации образов героев, в то время как манасчи-сказители каждого чоро – богатыря Манаса наделяют самостоятельными индивидуальными качествами. Так, Алмамбет – справедливый, Чубак – вспыльчивый, Сыргак – молодой, легок на подъем: *Атка женил, тайга чак, Уйкусу жок, жолго сак, Бала баатыр эр Сыргак...* [4].
4. Роль былин в жизни современного российского общества в целом не несёт той огромной воспитательной нагрузки, которую продолжает на протяжении многих веков выполнять в жизни кыргызского народа героический эпос «Манас».

Эти различия между эпосами данных народов мы склонны объяснять национальным своеобразием русского и кыргызского фольклора.

Таким образом, сопоставление русского и кыргызского эпосов приводит нас к выводу о важности сравнительного анализа, который способствует сближению и углубленному изучению русского и кыргызского фольклора.

### **Литература**

1. Манас. Кыргыз элинин баатырлык эпосу. 2-китеп. М.: Восточная литература. 1988. 686 с.
2. Соколова В.К. Советская фольклористика к 50-летию Октября // Советская этнография. – №5. – М., 1967. – С. 44-61.
3. Пропт В.Я., Путилов Б.Н. Эпическая поэзия русского народа. В кн.: Былины в двух томах. – Т.1. – М., 1958. – С. 24.
4. Манас. Эпос. Орозбак уулу Сагымбайдын варианты боюнча I-II-III китептери. – Фрунзе: Кыргызстан. 1978, 1979, 1980-жж.

### **ЖЕНЫШЕНЬ – КОРЕНЬ ЖИЗНИ**

**Ж.Н. Аскарбекова, А.Т. Нарбаева, А.Д. Мураталиева**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Народная медицина кыргызов самобытна. Самобытность, которая складывалась у кыргызского народа веками описана в эпосе «Манас». Имеются свои оригинальные методы лечения, возникшие на основе этнографических и географических особенностей Кыргызстана. Это находит подтверждение в строках эпоса «Манас», названного знаменитым писателем нашей эпохи Ч. Айтматовым «энциклопедией кыргызского народа». Здесь часто встречаются группы лекарств, куда входят эпические лекарства, которые принадлежат только кыргызам. Одними из таких лекарственных растений являются полынь, аконит, мумие и женьшень.

**Ключевые слова.** Эпос «Манас», корень женьшеня, панаксозиды, народная медицина, эпические лекарства.

### **МЭЭР ЧӨП – ӨМҮР ТАМЫРЫ**

**Ж.Н. Аскарбекова, А.Т. Нарбаева, А.Д. Мураталиева**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Академиясы

Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Резюме.** Кыргыздардын элдик медицинасы өзүнчө оригиналдуу. Мындай кыргыз элинин айырмачылыгы “Манас” эпосунда кылымдардан бери айтылып келет. Кыргызстандын этнографиялык жана географиялык өзгөчөлүгүнө байланышкан дарылоонун оригиналдуу ыкмаалары бар. Бул биздин доордун белгилүү жазуучусу Ч. Айтматов тарабынан “кыргыз элинин энциклопедиясы” деп аталган. Манас эпосунун саптарында келтирген кыргыздар гана колдонуп келген дары чөптөрдүн тобунан даана көрүнөт. Мындай чөптөргө эрмен, уу коргошун, мумие жана мээр чөп кирет.

**Негизги создор.** «Манас» эпосу, мээр чөптүн тамыры, панаксозидтер, элдик медицина, эпикалык дарылар.

### **GINSEN – ROOT OF LIFE**

**J.N. Askarbekova, A.T. Narbaeva, A.D. Muratalieva**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

Department of Pharmacognosy and Chemistry of Medicines

**Summary.** Traditional medicine of the kyrgyz people is originaly. The originality that developed over the kyrgyz people for centuries is described in the epos "Manas". There are original methods of treatment that have arisen on the basis of ethnographic and geographic features of Kyrgyzstan.

This is confirmed in the lines of the epic "Manas", called by the famous writer of our era C. Aitmatov "encyclopedia of the kyrgyz people". There are groups of medicines, which include epic medicines, which belong only to the kyrgyz people. One of such medicinal plants are sagebrush, aconite, mummy and ginseng.

**Key words.** Epic «Manas», ginseng root, panaxosides, ethnoscience, epic medicines.

**Введение.** У кыргызов говорят, что Мать-Земля исцелит больного, успокоит страждущего, напоит жаждающего. Многовековой народный опыт в сфере применения лечебных растений природы ценен и уникален. Из растений готовили не только лекарства, их употребляли для изготовления ору-

дий труда, одежды, жилищ, также служили основой питания как для людей, так и для скота. В эпосе «Манас» растением, служащим для питания лошадей был мээр чөп - женьшень, который в наши дни нашел применение как в народной, так и в современной медицине.

**Цель исследования.** Изучение опыта кыргызской народной медицины в эпосе «Манас» и роль женьшеня в современной медицине.

**Методы исследования.** Логический анализ, ретроспективный анализ, критический обзор литературных данных.

**Результаты исследования.**

**Корни Женьшеня – Radix Ginseng – Мээр чоптун тамыры.**

**Панакс Женьшень – Panax Ginseng – Панакс Мээр чобу.**

**Семейство Аралиевых – Araliaceae – Аралиялуулар**

**Синонимы.** Корень жизни, "человек-корень", дар богов, божественная трава, панцуй.

Женьшень – многолетнее (до 50 лет и более) травянистое растение с сочным стержневым корнем. Стебель достигает высоты 30-80 см и несет на верхушке мутовку из 4-5 листьев. Листья длинночерешковые, пальчатопятилопастные, листочки на черешках эллиптические, остроконечные, по краю мелкодвойкопильчатые, с обеих сторон голые; два нижних листочка мельче верхних. К моменту цветения (в природе на 10-11-м году жизни, в культуре – на 3-й год) из центра мутовки выбрасывается цветочная стрелка длиной более 10 см, несущая простой зонтик с зеленовато-белыми пятимерными цветками. Плод – ярко-красная костянка с двумя плоскими семенами. Цветет в июле, плоды созревают в августе-сентябре.

Растет в глухих горных лесах, преимущественно в кедровых и смешанных широколиственных, хвойных лесах, на богатой перегноем почве, на склонах в пределах 200-800 м над уровнем моря. Встречается редко. Собирают осенью с целью сохранения семян (размножаются только семенами). [1]

Лекарственным растительным сырьем у женьшеня является корень. Морфологическая характеристика лекарственного растительного сырья. Корни длиной до 25 см, толщиной 0,7-2,5 см, с 2-5 крупными разветвлениями, реже – без них. Корни стержневые, продольно-, реже спирально-морщинистые, хрупкие, излом ровный. «Тело» корня утолщенное, почти цилиндрическое, сверху с ясно выраженными кольцевыми утолщениями. В верхней части корня имеется суженное поперечно-морщинистое корневище – «шейка». Корневище короткое с несколькими рубцами от опавших стеблей, наверху образует «головку», представляющую собой расширенный остаток стебля и верхушечную почку (иногда 2-3). От «шейки» иногда отходят один или несколько придаточных корней. «Шейка» и «головка» могут отсутствовать. Цвет корней с поверхности и на разрезе желтовато-белый, на свежем изломе белый. Запах специфический. Вкус водного извлечения сладкий, жгучий, затем пряно-горьковатый.

Особенности заготовки корня женьшеня заключается в следующем. Заготовку ведут опытные сборщики-корневщики. Найдя растение, они осторожно расчищают вокруг стебля покров из листьев, хвои и прочего и также осторожно обнажают часть корня с целью определения на глаз размера корня. Если последний молодой, массой меньше 10 г, выкопку корня не производят. Его вновь засыпают землей и покрывают хвоей или листовым покровом. При этом на ближайших деревьях делают условные отметки о нахождении здесь женьшеня.

Стандартный корень выкапывают с максимальными предосторожностями, чтобы не повредить его частей и корневых мочек, учитывая, что последние могут тянуться на 50 см и далее. Это по существу ювелирную работу проводят без железной лопаты и ножа. И на плантациях действуют также осторожно с помощью деревянных лопаточек и колышков.

Собранные корни укладывают в лубяные коробки или ящики, выложенные влажным мхом, засыпают землей, взятой их под корень, и доставляют возможно скорее на заготовительный пункт, а оттуда на специальную базу. Здесь их сортируют на установленные стандартом сорта. Одну часть из них оставляют в свежем состоянии (для экспорта), а другую часть направляют в сушку или подвергают другим видам консервации. [1]

Микроскопический анализ корня женьшеня показал, что на поперечном срезе главного корня видны узкий слой светло-коричневой пробки, широкая кора, четкая линия камбия и древесина.

Главный корень покрыт перидермой, клетки которой тонкостенные и лигнифицированные, неопробковевшие. Флоэма и ксилема разделены камбиальной зоной, которая проходит примерно через середину радиуса корня. К периферии от первичной ксилемы отходят крупноклеточные первичные радиальные лучи паренхимной ткани, между которыми находится вторичная ксилема, пересе-

ченая многочисленными вторичными радиальными лучами основной паренхимы. Ксилема состоит из тонкостенных паренхимных клеток, содержащих крахмальные зерна.

Сосуды сердцевинных лучей имеют утолщенные одревесневшие стенки и расположены поодиночке или собраны по 3-6 в группы. В паренхиме древесины изредка встречаются клетки, содержащие желтые пигменты. В центре корня есть нечетко диагностируемые остатки первичной ксилемы в виде 2 лучей. Флоэма состоит, главным образом, из мелкоклеточных элементов, в ней находятся хорошо заметные схизогенные вместилища, содержащие капельки секрета от светло-желтого до красно-коричневого цвета. Крахмальные зерна мелкие, округлые, простые. В отдельных клетках паренхимы содержатся друзы оксалата кальция. Наружная часть вторичной коры граничит с зоной из нескольких (4-6) рядов крупных тангентально-вытянутых паренхимных клеток феллодермы, округлых или овальных, имеющих слегка утолщенную оболочку.

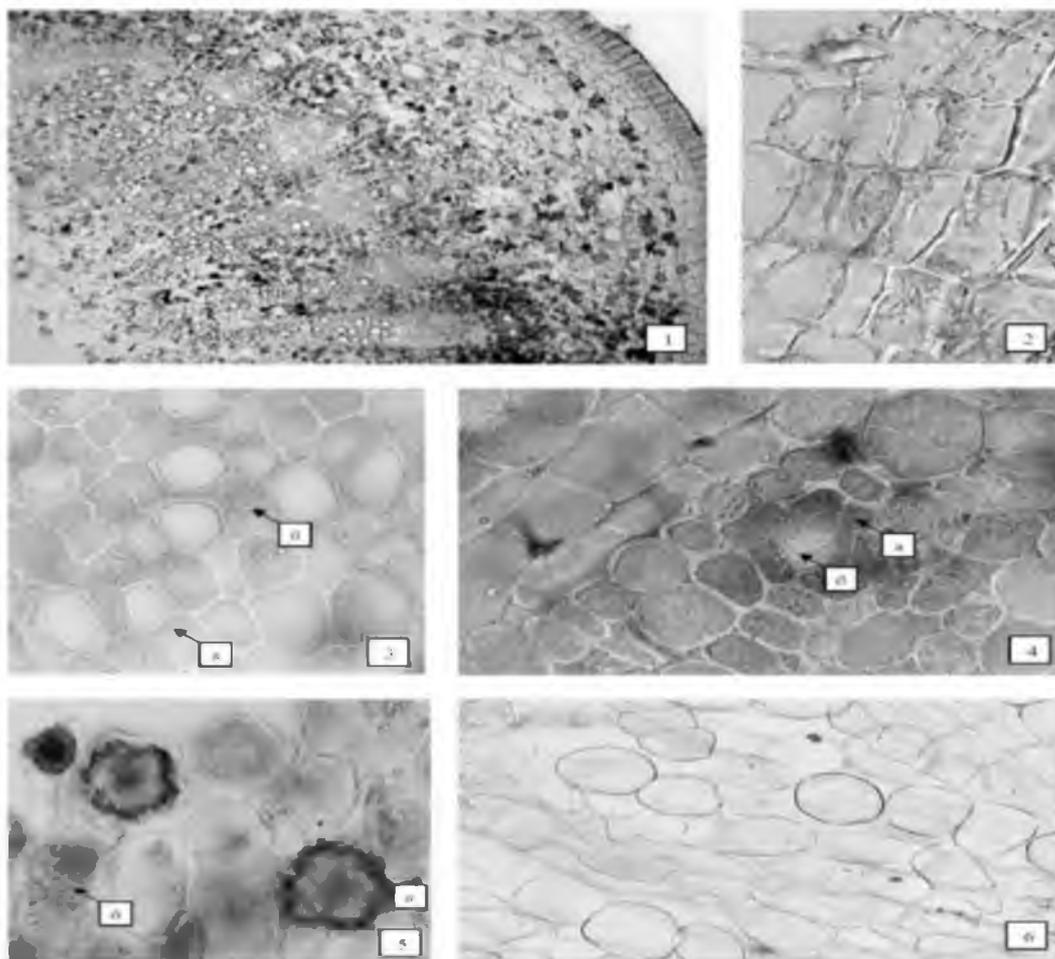


Рисунок Женьшень настоящего корня.

- 1) фрагмент поперечного среза главного корня;
- 2) фрагмент пробки;
- 3) фрагмент поперечного среза придаточного корня: а – сосуды ксилемы, б – крахмальные зерна;
- 4) фрагмент поперечного среза главного корня с секреторным каналом: а – выстилающие клетки канала, б – полость канала;
- 5) фрагмент паренхимы сердцевинных лучей: а – друзы оксалата кальция, б – крахмальные зерна;
- 6) клетки паренхимы сердцевинного луча.

На поперечном срезе придаточного корня в центре луч сосудов первичной ксилемы – остаток диархного проводящего пучка при первичном строении. Два сектора вторичной ксилемы разделены радиальными лучами основной паренхимы. Клетки паренхимы округлые или овальные, частично или полностью заполнены крахмальными зернами. Пробка состоит из 5-7 слоев прямоугольных, тонкостенных клеток, слабо лигнифицированных. [3]

Корень женьшеня содержит разные группы химических веществ. Таких, как сапонины, которые представляют собой тетрациклические тритерпеноиды, относящиеся к типу дамарана. К доминирующим сапонинам относятся панаксозиды А, В, С, D, Е, F и G на основе двух агликонов – панаксадиола и панаксатриола. [2]

Корни содержат до 18% белковых веществ, 2-3% липидов, значительную часть которых составляет фитостерин, до 20% крахмала, 16-23% пектиновых веществ, а также сахарозу (3-4%) и моносахариды (глюкоза, фруктоза и др.). специфический запах корней обусловлен эфирным маслом (0,05-0,25%); присутствуют витамины. С, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>. В золе обнаружены калий, кальций, магний, марганец, железо, алюминий, кремний; преобладает марганец. Соли образованы в основном фосфорной и серной кислотами, фосфаты составляют более 50% суммы окислов в золе. [1]

Применение корня женьшеня в народной медицине разнообразно. Первое письменное упоминание о женьшене находится в древнейшем китайском сочинении о лекарственных средствах "Шень-нун-бэн цю", относящемся к I в. до н.э., хотя в восточной народной медицине он применяется не менее 4-5 тысячелетий. В истории медицины не было более легендарного растения. Женьшеню приписывали свойства не только исцелять все болезни, но и вселять жизнь в умирающего человека. В народе его называли «корнем жизни», «чудом мира», «даром бессмертия». Считалось, что растение с такими исключительными свойствами не могло возникнуть обычным путем, и поэтому о происхождении женьшеня сложено множество легенд. В одно из них утверждается, что растение рождается от молнии: если молния ударит в прозрачную воду горного источника, то источник уходит под землю, а на его месте вырастает растение, вобравшее в себя силу небесного огня. Отсюда еще одно название - корень-молния. [2]

Предки кыргызов в великом эпосе «Манас» применяли корни женьшеня для корма скота в целях придания им сил. Об этом упоминается во втором томе эпоса, перевода Саякбай Каралаева:

Кагылайын уулдар	Родные мои сыновья несите с собой еду,
Ала жүрсөз күлазык,	кормите лошадей женьшенью,
Атка берер мээр чөп,	И если придет беда, то она может вам помочь
Каранкун башка түшкөндө	Кудус и Мысыр, попробовав немного настоек
Кереги мунун тиет деп	ки женьшеня, набрались сил,
Кудус менен Мысырдан	утолили жажду, наполнились духом.
Муну койбой чалдырган	А если дать скакунам, то у них утоляет жажду,
Бармактайын чайнаса	увеличивает физическую активность.
Адамдын мээрин кандырган,	(Саякбай Каралаев, 2. 175). [4]
Бешталын катып чайнатса	
Тулпардын суусун кандырган.	
(Саякбай Каралаев, 2. 175). [4,5]	

А в современной медицине корни женьшеня нашли свое место в качестве общетонизирующего средства, обладающего также адаптогенным, иммуномодулирующим свойствами и оказывающее стимулирующее действие на ЦНС.

Настойку женьшеня (1:5 на 70% этиловом спирте) и другие препараты (настойка биоженьшеня, настойка «Панаксел», «Гинсана» и т.д.) применяют как тонизирующее и адаптогенное средства при переутомлении, неврастении, гипотонии, при функциональных нарушениях сердечно - сосудистой системы, некоторых нервных и психических заболеваниях функционального характера (неврозы, неврастения, психастения), причем терапевтическую дозу необходимо подбирать индивидуально. [1] Из корня женьшеня готовят настойки, отвары, пилюли, экстракты, мази, чай.

#### **Заключение.**

Самобытность, которая складывалась у кыргызского народа веками описана в эпосе «Манас», в нем упоминается лекарственное растение женьшень, которая служила кормом для скота, в целях придания им сил. И на сегодняшний день в современной медицине фитопрепараты корня женьшеня нашли свое место в качестве общетонизирующего средства, обладающего также адаптогенным и иммуномодулирующим свойствами

#### **Список литературы.**

1. Муравьева Д.А., Самылина И.А., Яковлев Г.П. М91 / Фармакогнозия: Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2007. - стр. 341.
2. Куркин В.А. Фармакогнозия. - стр. 567-575.
3. ГФ XI вып. 2, стр. 66.

4. [http://eposmanas.ru/manas\\_kg](http://eposmanas.ru/manas_kg)

5. *Эпос «Манас»*

### **МУМИЁ – МАНАС ДООРУНДА ЖАНА БУГУН!**

**Д.К. Жакыпова, А.С. Мукашова, А.Д. Мураталиева**

**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы**

**Фармакогнозия жана химиялык дары дарымектер кафедрасы,**

**Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.**

**Резюме.** Бул статьяда мумиёнун жаралуусу, аталышы, элдик медицинада кылымдап колдонулуп келе жатканы баяндалат. Манас эпосунда сыныкты айыктыруучу дары каражат катары колдонулган, химиялык курамы акыркы алынган маалымат боюнча төмөнкүдөй жалпы формулага ээ:  $\text{CaSi}[(\text{K}, \text{Na})\text{C}_4\text{H}_1 \cdot \text{CH}_2\text{O}]$ , азыркы медицинадагы өзгөчө орду белгиленип көрсөтүлгөн, перспективдүү дары каражат.

**Негизги сөздөр:** Мумиё, элдик медицина, Манас, дары каражат, сынык, курамы, тоо, оору, мазь, заттар, табият, кыргыз, салт.

### **МУМИЁ – В ЭПОХЕ МАНАСА И СЕГОДНЯ!**

**Д.К. Жакыпова, А.С. Мукашова, А.Д. Мураталиева**

**Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева.**

**Кафедра фармагнозии и химии лекарственных средств**

**г. Бишкек, Кыргызская Республика.**

**Резюме.** В этой статье описывается зарождение мумиё, его название и использование в народной медицине испокон веков. В эпосе Манас оно использовалось как препарат излечивающий переломы, по последним данным его химический состав таков:  $\text{CaSi}[(\text{K}, \text{Na})\text{C}_4\text{H}_1 \cdot \text{CH}_2\text{O}]$ , в настоящее время имеет особо значимое место в медицине и является перспективным препаратом.

**Ключевые слова:** Мумиё, нанодная медицина, Манас, препараты, перелом, состав, горы, болезнь, мазь, вещества, природа, кыргыз, традиция.

### **MOOMIYO DURING THE MANAS EPOCH AND TODAY!**

**D.K. Jakypova, A.S. Makashova, A.D. Muratalieva**

**Kyrgyz State Medical Academy n.a I.K. Aknunbaev**

**Bishkek, the Kyrgyz Republic**

**Summary.** This article describes the origin of Moomiyo, its name and its usage for centuries in traditional medicine. Moomiyo has been used in Manas epic as a treatment for healing bone fracture. Its chemical composition according to the latest data has the following formula:  $\text{CaSi}[(\text{K}, \text{Na})\text{C}_4\text{H}_1 \cdot \text{CH}_2\text{O}]$ . The article focuses in the important role of the Moomiyo in medicine as high-potential drug.

**Key words:** Moomiyo, traditional medicine, Manas, drug, bone fracture, composition, mountain, oil, matters, nature, Kyrgyz, tradition.

**Киришүү.** “Тарыхы болбой, эл болбойт, тамыры болбой, бак болбойт” дегендей, улуу кыргыз элинин тарыхы, кытай жазма булактарына таянып айтсак, Орто Азиядагы, деги эле түрк тилдүү элдердин арасынан эц байыркы болуп эсептелет. Байыркы кыргыздардын маданий мурастарынын көпчүлүк бөлүгү жоголуп кеткен. Буга миц жылдык тарыхындагы ар кандай факторлор, айрыкча көчмөндүк турмуш, тышкы жана ич ара уруш-талаштын көпчүлү таасир берген. Байыркы кытай ж.б кошуна элдерде өздөрүнүн салт-санаасын кагазга жазып калтыруу салты болгон болсо, кыргыз элинде улуу даанышмандык, рухий байлыктар, салт-санаа устаттан шакиртке, атадан балага, муундан муунга оозеки түрүндө өтүп сакталып келген. Байыркы кыргыз дарыгерлиги эл арасында сакталып, бүгүнкү күндө кандайдыр бир децгээлде өзүнүн таасирдүүлүгүн жоготпой келет. Тээ байыртан көчмөн турмушта жашап, өздөрүнүн табият менен тыгыз байланышта экенин сезишип, жаратылышка терец урмат-сый менен мамиле кылган кыргыз эли ар кандай дары дармектерди минералдык суулардан, курт-кумурскалардан, айбанаттардын айрым бир бөлүктөрүнөн жасашкан. Окумуштуулардын маалыматтарына таянсак, ушундай эле көрүнүш Тибет элинде байыртадан пайдаланып келүүдө. Тарыхый булактарда акыркы Кытай, Индия, Иран ж.б кошуна өлкөлөрдүн аймактарында байыркы элдер Улуу Жибек жолу аркылуу келип, кыргыздардан ар кандай буюм-тайымдарды, ошонун ичинен дары чөптөрдү да ар түрдүү буюмдарга, жибек, ок дарыларга алмашып

кетишкен. Мында бабалардын дарыгерлик өнөрүн, жогоруда айтып өткөн азыркы Кытай, Индия, Иран, Тибет дарыгерлигине кандайдыр бир деңгээлде таасири бар же негизин түзгөн деп айтсак аша кетпестирбиз.

Ал эми элдик медицинада ооруларды дарылоодо ар түрдүү дарылар, дары өсүмдүктөр, минералдык заттар, айрым жаныбарлардын эти жана ички органдары, жаныбарлардын бөлүп чыгарган заттары колдонулган. Кыргыздардын илгерки көчмөн турмушунда элдик хирургия болгондугу да белгилүү. Мисалы, сынган сөөктү сакайтуу, жөнөкөй операцияларды жасай билүү жана жөнөкөй хирургиялык аспаптардын биздин күндөргө чейин келип жетиши мунун далили. Бул маалыматтар азыркы мезгилге чейин оозеки түрүндө жетти. “Манаста” алардын айрымдарынын аттары эскерилип кетет. Мисалы, мумиё. Бир эпизоддо Манас оор жарадар болот. Ошондо Кара кожо деген адам айыктырат. (“Мажму ат-таравих” 67-б.)

Радлов жазып алган вариант боюнча кашкулактын өтү, арак, бал-дары катары колдонула тургандыгы айтылат. “Манаста” кашкулактын өтү менен бирге кажырдын өтү да элдик медицинада колдонулуп келгени эскерилет:

Кажырдын өтү барбы деп,  
Чуулаганы андан көп,  
Кумуя дары момия,  
Бар бекен деп кошундан.

Сурап жүргөн андан көп (С.Орозбаков, кол жазмалар фондусу, 575-инв.)

Мында кажырдын өтү менен бирге момия жөнүндө да айтылат. Момия же мумия деле жаныбарлардын, атап айтканда чычкандын бир түрү бөлүп чыгарган затка кирет. Ошентип, “Манаста” жаныбарлардын бөлүп чыгарган продуктусунан даярдалган бир топ дарылар тууралуу маалыматтар чагылдырылган.

Мумиё кылымдап сакталган, табият тартуулаган табылгыс дары!

**Максаты** – Биздин максат Манас эпосунда колдонулган дары каражаттарды анын ичинен мумиёнун колдонулуп келишин жана бүгүнкү күндөгү ордун көрсөтүп берүү.

#### **Изилдөө методу**

Логикалык анализ, социалдык изилдөө, статистикалык анализ (анкетанын негизинде).

#### **Жыйынтык жана талкуулоо**

Мумиё – бул бийик тоолордо сейрек кездешүүчү табият тартуулаган чайыр түрүндөгү зат.

«Мумиё» эки сөздөн туруп «мум» – мом жана «оин» ал табылган Ирактагы тоолуу айылдын аталышы. Аны «оинден алынган мом» же мумоин деп аташкан. Бирок адабияттык булактарга таянсак биринчи жолу Оинде эмес, Дербодо табылган. Мумиёнун пайда болуусу боюнча бир нече божомолдор айтылып келет. Окумуштуулардын бир тобу битуминоздук пайда болуу десе, а башкалар өсүмдүк жана микроорганизмдердин продуктусу, үчүнчүлөрү жаныбарлар бөлүп чыгарган продукт деген оюн айтышкан. (Б. Корчубеков., Мумиё «Аркар-Таш» Бишкек 2008)

Мумиё ар кандай түстө кездешип, ар түрдүү аталышта колдонулат. Чыгыштын түрдүү улуттарында мумиё ар кандай аймактык аталышка ээ, мисалы: Бирмеде мумиё «час-туй», Монголия, Тибет жана Забайкалда – «барагшун» же «бракшун» (аска ширеси), Түркменияда – «мумиосой», Тажикстанда – «загх ксиль», «кием», Иранда – «дороби», Индияда – «салоджит» (тоо балы), Сирияда – «аракул джибол» (тоо тери). (Б. Корчубеков., Мумиё «Аркар-Таш» Бишкек 2008)

Мумиё кара-күрөң, кээде кара түстө, бальзам сымал жыты бар, анын курамында бардык витаминдер, өзгөчө В витамини, эфир майы, аарынын уусу, микроэлементтин 30 түрү, 73,6±2,7% органикалык заттар, 22,0±0,6% күл, 4,6±0,4% азот, 4,1±0,8% кальцийдин оксиди, 0,18-0,005% фосфордун оксиди, 0,04±0,002% темирдин оксиди, 2,9±0,1% магнийдин оксиди, 0,11±0,0012% марганецтин оксиди кездешет. (Нуралиев Ю.Н 1973).

Андан тышкары курамында 11,9% суу жана төмөнкү химиялык элементтер бар: Са, Рb, Mg, Si, P, Al, Fe, Ti, Mn, K, Na, Sn, Ag, Vi, Co, Va, Cr, Zn, Ba, S, Be, Cu, Mo, B. (Пертов Н.П., Шакиров А.Ш 1964, Савиных М.И., Грицюк Я.М., Дмитриев А.Н 1991, Навроцкий В.В 2001, Коноплева М.М 2012)

Сапаттуу мумиё ысыктан эрип, а түгүл, суюк затка айланып кетет, сапатсыз мумиё катуу бойдон тура берет. Мумиё +81°С эрийт, рН 6,7-7 барабар. Сууда оңой эрийт, спиртте жана эфирде начар эрийт, ал эми хлороформда такыр эрибейт.

Мумиёнун негизи төрт түргө бөлүүгө болот:

- 1) Алтын мумиё
- 2) Күмүш мумиё
- 3) Жез мумиё

#### 4) Темир мумиё

Аны деңиз деңгээлинен 2000-3500 м бийиктиктеги тоолордун түштүк тарабындагы боорлорунан табууга болот. Кыргызстандын ичиндеги жайгашкан тоолордо, анын ичинен Сандаш, Чаткал, Фергана, Суусамыр, Молдо-Тоо, Ат-Башы, Тескей Ала-Тоо, Сары-Жаз, Күнгөй Ала-Тоо, Тянь-Шань Тоо кыркаларында кеңири кездештирүүгө болот. Кыргызстанда – «Аркар-Таш», айрым учурда «тоонун ыйы», «Аска бальзамы», «таш желими» деген аттар менен белгилүү. Мумиё жайгашкан жеринин шартына ылайыкташат, ар башка жердин мумиёсунун курамы да бири-биринен айырмаланат. (А.Базарбаева /24.04.16)

Элдик медицинада дары каражат катары сыныкка, астмага, учук, тамак синирүү органдарынын өнөкөт дартына жана башка ооруларга кеңири колдонулат. Эпосто «момия», «мумуя», «мобуя» делип сыныкты бат бүтүрүүчү катары байыртадан эле колдонулганы айтылат:

Буту, колу сынганга

Момия дары издешип (С.Орозбаков., 2. 91-б. Бишкек 2015)

Адамдын сөөгү сынган кезде мумиёну эзип, эттин сыртынан сыйпаган. Азыркы медицинада мазь кылып колдонулат, тактап айтканда ар бир мазда мумиёнун кошумчасы бар.

#### **Биздин изилдөөнүн жыйынтыгы**

Изилдөөлөрүбүздүн жыйынтыгында мумиё көптөгөн ооруларга шыпа экенине күбө болдук.

#### **Мисалы:**

- Жүрөк-кан тамыр оорулары: варикоз, тромбофлебит, гипертония, инфарктан кийинки абал ж.б.
- Ичеги-карын, боор, өт оорулары: ашказан жарасы, он эки эли ичегинин жарасы, холецистит, өтөкөт колит, тамак сиңирүүнүн бузулушу, табиттин жогорулашы жата төмөндөшү, гастрит, гепатит, жүрөк айлануу, ич катуу, зарна, кусу, тамак аштан уулануу ж.б.
- Дем алуу органдарынын оорулары: мурун бүтүү, бронхиалдык астма, бронхит, ангина, жөтөл, түтөк, кургак учук, плеврит, ларенгит, фарингит, синусит, гайморит ж.б.
- Көрүү органдардын оорулары: глаукома, ячмень.
- Угуу органдарынын оорулары: угуунун начарлашы, ортонку кулактын сезгениши, кулактан ирин агуу ж.б.
- Бөйрөк жана бөлүп чыгаруу системасынын оорулары: цистит, табарсыктын жарасы, нефрит, пиелонефрит ж.б.
- Ооз көңдөйүнүн оорулары: пародонтоз, хейлит, стоматит.
- Эндокриндик оорулар: диабет, панкреатит.
- Тери оорулары: дерматит, ирин, куйук, жара, псориаз, экзема.
- Сөөк-муун оорулары: радикулит, сынык, муун оорулары, кызыл жүгүрүк.
- Суук тийүүнүн алдын алуу жана дарылоо: тумоо, суук тийүү ж.б.
- Геморрой.
- Аллергиялык оорулар.
- Репродуктивдик системанын оорулары: эркектердин жана аялдардын тукумсуздугу, эрозия, жыныстык функциянын начарлашы.
- Кан оорулары: анемия, темир жетишсиздик анемия.
- Күйүк .
- Борбордук жана четки нерв системасынын оорулары: эпилепсия, баш оору, шакый, баш айлануу, уйкунун бузулушу, нейродермит.
- Иммунитеттин төмөндөшү.

Мындан тышкары сулуулукка кам көрүүдө колдонууга сунуш кылынат.

- Бетти агартууда мумиёнун жардамы таасирдүү. Дарыканада сатылган мумиёнун 2 таблеткасын бир чоң кашык кайнак сууга эзесиз. Анан балдарга арналган бет майы менен аралаштыргандан кийин 15 мүнөт тыныктырып коёсуз. Даяр болгон аралашманы бетинизге 30 мүнөт коюп, андан кийин жылуу суу менен жууп салуу керек.
- Мумиё организмдеги майларды жоготуп ашыкча салмактан арылтат. Ал үчүн 0,5 грамм мумиёну 1 стакан сууга аралаштырып эрте менен ач карын, кечинде тамактан кийин ичиңиз. Бул ыкма 20 күнгө сунушталат.
- Мумиё чачты түшүүдөн, качаттан арылтат, жылтырап өнүн кулпуртат. Кадимки өзүңүз колдонгон шампунга 2 грамм мумиёну кошуп аралаштырып дайыма пайдалансаңыз натыйжасын берет.

Мумиёну колдонууда көлөмүн туура жана так кошуу керек. Эгерде, көрсөтүлгөн эрежелерди сактабасак терс таасир бериши мүмкүн.

Дагы бир эске ала кетчүү нерсе, кээ бир адамдарга мумиёну колдонууга болбойт. Мисалы: кош бойдууларга, ымыркайларга, онкологиялык ооруга чалдыккандарга, этек кири келип жаткан аялдарга, артериялык кан басымы жогору адамдарга.

Бизге чейин да мумиёго көптөгөн окумуштуулар изилдөөлөрдү жүргүзгөн, алсак:

- X-XI кылымда Абу Али Ибн Сина мумиёну сыныкка, баш ооруга, кулактын ириңине, өпкө жана боор ооруларына колдонгон.
- X-XI кылымда Мухаммад Табиб 0,2-0,3 г мумиёну бал менен ичүү жыныстык функцияны жөнгө келтиргенин баса белгилеген.
- XVIII кылымда Мухаммад Хусейин-Шерази “Махзанул-адвия” китебинде мумиёну дем алуу, жүрөк-кан тамыр жана нерв системаларына таасир этүүчү дары каражат катары колдонулганын айтат. Ошондой эле кызыл жүгүрүк, сынык, сезгенүү, ашказан жарасы, тери оорулары, тукумсуздук менен жабыр тарткан бейтаптарга натыйжалуу жыйынтык бере алган.
- 1964-жылы Шакиров мумиёнун бактерицидик касиеттерин изилдеген, изилдөөнүн жыйынтыгында бактерияга каршы касиетке ээ экенин көрсөткөн.
- 1965-жылы изилдөөчү А.Шелковский өзүнүн изилдөөсүнүн жыйынтыгында мумиё кандагы эритроцит жана ретикулоциттердин санын көбөйтүүчү зат экенин айткан.
- 1969-жылы В.Н. Исмаилова жаш балдардын сөөгүнө мумиёнун таасирин изилдеген. Изилдөөнүн жыйынтыгында сөөк сыныктарын жана жаракаларын бат бүтүрүүчү каражат катары табылган.
- 1972-жылы дарыгер И.Сулайманов өзүнүн бейтаптарын мумиёнун жардамы менен дарылаган жана мумиё канды нормага келтирүүчү касиети бар экенин белгилеген.
- 1972-жылы дарыгер А.Я. Фойгельман жана Л.Т. Селезнева мумиё жана ооруну басандатуучу, сезгенүүнү жок кылуучу, жараны тазалоочу каражат катары колдонушкан.

**Корутунду.** Мумиё кылымдап сакталса да өз баалуулугун жоготпогон дары каражат. Бийик тоолордо кездешкен, жаратылышта пайда болгон биологиялык продукт. Эпосто сыныкты дарылоого кетсе, бүгүнкү күндө көп тармактуу колдонулуп келет. Тактап айтканда азыркы медицинада өзгөчө орунду ээлеп, күндөн күнгө мумиёго болгон талап жогорулоодо.

#### **Колдонулган адабияттар**

- 1) Алтымышев А.А., Корчубеков Б.К. *Что мы знаем о мумиё (архар-Таш): Науч.-пул. очерк.* - Фрунзе: Мектеп, 1979. – 76 с.
- 2) Ботбаев А.Е., Корчубеков Б.К., Мусурманкулов Р.Т. *Мумиё: правда и вымысел.* - Алма-Ата: Онер, 1990. – 46 с.
- 3) Корчубеков Б.К. *Мумиё “Архар-Таш” и его физиологическая активность/ Под общ. ред. Бишкек 2008.* -5, 6, 7, 16 с.
- 4) Корчубеков Б.К. *Пути получения и использование мумиё.* - Фрунзе: Кыргызстан, 1991. – 63 с.
- 5) Нуралиев Ю.Н., Денисенко П. *Мумиё и его лечебные свойства./ 2-е изд.* - Душанбе: Инфон, 1977. – 112 с.
- 6) *Биология и интегративная медицина: Ражабова Г.Х.//статья «Мумиё в медицине» 2017 №3 (март).*
- 7) <http://mumieorganic.ru/sostav-mumie.html>

## **КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЙМАГЫНДА ӨСКӨН САМАРКАНД БОЗУНАЧ ГҮЛҮНҮН ДАРЫЛЫК КАСИЕТТЕРИН АНЫКТОО**

**Камал к. А., Б.М. Капаров, Ш.Ж. Торобеков**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кыргыз Республикасынын аймагында өскөн самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиетин аныктоо чоң мааниге ээ. Самарканд бозунач гүлүнүн дарылык таасири кыргыз элдик медицинасында айтылып келет. Ал булактарда самарканд бозунач гүлүнүн жасоо ыкмасы жана анын колодоңулушу сүрөттөлгөн. жана Ошондуктан Кыргыз Республикасынын аймагында өскөн самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиетин аныктоо илимге жана практикалык медицинага чоң кызуугу жаратат жана бүгүнкү күндө актуалдуу.

**Негизги создор:** самарканд бозуначы, дарылык касиет, өт оорусун алдын алуу, ашказан оорусун алдын алуу, Тибет чогултмасы.

## АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНЫХ СВОЙСТВ ЦВЕТКОВ БЕССМЕРТНИКА САМАРКАНДСКОГО ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Камал к. А., Б.М. Капаров, Ш.Ж. Торобеков

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Изучение лечебного свойства цветков бессмертника самаркандского произрастающего на территории Кыргызской Республике имеет большое будущее. Эффективность действия цветков бессмертника самаркандского упоминается в народной медицине кыргызов. В источниках описываются технология приготовления и способы применения цветков бессмертника самаркандского. Поэтому, анализ эффективности действия цветков бессмертника самаркандского произрастающей в Кыргызской Республике представляет большой интерес для науки и практической медицины и является актуальным на сегодняшний день.

**Ключевые слова:** бессмертник самаркандский, лечебные свойства, желчегонное действие, желудочное действие, Тибетский сбор.

## ANALYSIS OF MEDICINAL PROPERTIES OF IMMORTELLE FLOWERS OF SAMARKAND GROWING ON THE TERRITORY OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Kamal k. A., B.M. Kaparov, Sh.J. Torobekov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaeva

Department of pharmacognosy and chemistry of medicines

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Abstract.** The study of the medicinal properties of the flowers of the immortelle Samarkand growing on the territory of the Kyrgyz Republic has a great future.

The effectiveness of the flowers of the immortelle Samarkand is mentioned in the folk medicine of Kyrgyz people. The sources describe the technology of preparation and methods of application of flowers immortelle Samarkand. Therefore, the analysis of the effectiveness of the flowers of the immortelle Samarkand growing in the Kyrgyz Republic is of great interest for science and practical medicine and is relevant today.

**Key words:** immortelle Samarkand, medicinal properties, choleric action, gastric action, Tibetan collection.

**Киришүү.** Бүгүнкү күндө синтетикалык жол менен алынган дары-дармектердин саны күндөн күнгө өсүүдө. Бирок ал дарылар финансы жагынан өтө кымбат жана таасири жагынан дары чөптөргө караганда алда канча артта калууда. Ошол себептердин негизинде акыркы жылдарда заманбап адам барган сайын ден-соолугуна байланыштуу көйгөйлөрдү чечүү үчүн элдик медицинага кайрылууга муктаж. Анын себеби илгертеден биздин ата-бабаларыбыз жаратылыш менен өтө тыгыз мамиледе болуп, анын тилин жана дилин өтө жакшы билип келген. Ар кандай ооруларды дарылык касиетке ээ болгон чөптөр менен дарылап келген. Ооруларды жөнөкөй жана жеткиликтүү рецептер менен айкытыруу ата-бабалардан калган алтын мурас. Анын катарына самарканд бозунач гүлү дагы кирет. [1,5]

**Биздин изилдөөнүн негизги максаты** – бозунач гүлүнүн дарылык касиеттерин аныктоо.

### **Материалдар жана ыкмалар**

Самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиеттерин изилдөөдө биз мамлекеттик фармакопеянын XI басылмасында жазылган фармакогностикалык ыкмаларын, элдик медицинада пайдаланган рецептерди жана сереп тарыхый маалыматтардан алынган билдирүүлөрдү колдондук.

Жер бетиндеги жашоо-тиричиликтин пайда болушунун негизги заттарынын бири болуп өсүмдүктөр дүйнөсү саналат. Осүмдүктөрдүн тиричиликке берген азык заты – тамак-аш, мал чарбасы үчүн тоют, өнөр- жайында керектелүүчү сырьё, ар кандай оорулардын алдын алуу жана дарылоо үчүн медицинада дары-дармек болуп эсептелет. Дары-дармек өсүмдүктөрүнө жана алардын негизинде даярдалган дарыларды колдонууга болгон кызыгуу жыл өткөн сайын жогорулоодо. Осүмдүктөрдүн жаңы түрлөрү гана эмес, медициналык практикада илгертен бери белгилүү болуп келген. Ошондой эле пайдалануу ыкмаларын да терең изилдөө иштери жүргүзүлүүдө. [1,5,9]

Бүгүнкү күндө өт оорусуна чалдыккан адамдардын саны күндөн күнгө өсүүдө. Ошол себептен өт оорусуна каршы колдонулган эффективдүү фитопрепараттарды ар кандай чөптөрдүн таасиринин

негизинде даарылоо биздин негизги максат. Өт оорусуна каршы колдонулган дары чөптөрүнүн катарында, самарканд бозунач гүлүнүн оорду өтө чоң. [2,5]

Самарканд бозуначы – астра тукумундагы көп жылдык чөптүү өсүмдүк. Анын сабагы бир нече, бийиктиги 15-35 см, боз болот. Тамыры жакын, жалбырактары жумуртка сымал, узунча, сабагындагылар – түз, ланнеттей, сапсыз. Гүлдөрү ачык-сары, лимон-сары, башкы гүл сабагында каптал гүл саптардан бутактанган топ гүлдү пайда кылат. Тамыры катуу, таралган, кара күрөң түстө. Өсүмдүк кулжа-баш оона айларында гүлдөйт. Уругу – кутуча, баш оона – аяк оона айларында бышат. [3,8,11]

Самарканд бозуначы көбүнчө кумдуу топуракта өсөт. Биздин өлкөдө Өзгөн жана Чаткал тоолорунда көп болот. Дары катарында өчпөс гүлдүн гүлдөрү толук ачылганга чейин жыйналат. Топ гүлдөрдү түбүнөн кайчы менен кесип алат. Сабагынын калдыгы 1-2 см ден көп болбош керек. Караңгы, жакшы желдетилген сарайларда кургатылат. Күн абдан ысыганда гүлдөрү ажырап кетет. Кургак сырьё ачык сары түстө, жыты жагымдуу, даамы ачуу. Сактоо мөөнөтүү 3 жыл. [12]



1-сурет. Самарканд бозунач гүлүнүн морфологиялык түзүлүшү.  
1 – Самарканд бозуначы; 2 – топ гүлү; 3 – уругу.

Самарканд бозунач гүлүндө флавоноиддер, эфир майлары, чайырлар, ачуу жана ийлөө заттар, микроэлементтер, стероиддер жана башка бирикмелер бар. Самарканд бозунач гүлүнөн жасалган дарылар өт баштыкчасынын иштешин оңолтуп, өттү айдайт. Ашказан менен он эки эли ичегинин зилдерин бөлүп чыгарууга көмөк болот, артериялык кан басымды бир аз жогорулатат. Заара айдама, бактерияларга каршы да таасирге ээ. Бозунач өт жолдорунун сезгенүү ооруларында, боор ооруларында колдонулат. Бирок, өт баштыкчасында таш пайда болуу оорусунда ал колдонулбайт. Себеби, өт айдалып чыкканда таштар өт жолдоруна тыгылып калышы мүмкүн. Заара жолдорунда майда таш менен кум пайда болсо, бозунач аны да айдайт. Колдонуу ыкмасы: 10 г бозунач гүлдүн үстүнө 200 мл (1 стакан) кайнак суу куюп, 30-40 минута термосто демдеп, чыпкалайт. Тамакка чейин 30 минута калганда 2 аш кашыктан 3 маал ичсе жарайт. Бозуначты шкафка салып койсо, ал кийимди күбөдөн сактайт. [4,6]

Бозунач гүлү өткө каршы чогултмасынын, ич ооруга каршы чогултмасынын жана Тибет чогултмасынын курамына кирет.

**Өткө каршы чогултмасы** – боордун, уйку бездин: гепатит ооруларын, панкреатит, холециститти дарылоо үчүн колдонулат.

**Даярдоо ыкмасы:** 2 чон кашык (8-10 гр.) чогултманы 0,5 л кайнак сууга куйуп, 1,5 саат тундуруш керек. 0,5 стакандан тамактанууга 30 мүнөт калганда күнүнө 3 жолу ичүү керек

**Ич ооруга каршы чогултмасы** – гастрит, зарна, ашказандын жарасы, он эки эли ичегинин жарасы, дизентерия жана башка ичеги ооруларын дарылоо үчүн колдонулат.

**Даярдоо ыкмасы:** 2 чон кашык (8-10 гр.) чогултманы 0,5 л кайнак сууга куйуп, 1,5 саат тундуруш керек. 0,5 стакандан тамактанууга 30 мүнөт калганда күнүнө 3 жолу ичүү керек.

**Тибет чогултмасы** – организмди шлактардан жана майлардан тазалоодо, канды холестеринден тазалоодо жана арыктоодо колдонулат.

**Даярдоо ыкмасы:** 2 чон кашык (8-10 гр.) чогултманы 0,5 л кайнак сууга куйуп, 1,5 саат тундуруш керек. 0,5 стакандан тамактанууга 30 мүнөт калганда күнүнө 3 жолу ичүү керек.

Тибет чогултмасын бир жылда 2,5 ай ичүүсү сунушталат. [7,10,13]

**Жыйынтык.** Жүргүзүлгөн изилдөөнүн негизинде самарканд бозунач гүлү астра тукумуна кирген, бийиктиги 15-35 см, гүлдөрү ачык-сары, тамыры катуу, таралган, кара күрөң түстөгү көп жылдык өсүмдүк экени такталып, гүлүнүн курамында флавоноиддер, эфир майлары, чайырлар, ачуу жана ийлөө заттар, микроэлементтер, стероиддер жана башка бирикмелер бар экени такталды. Ошондой эле самарканд бозуначынын гүлүнөн жасалган дарылар өт баштыкчасынын иштешин околтуп, өттү айдоодо, ашказан менен он эки эли ичегинин зилдерин бөлүп чыгарууга көмөк болору, артериялык кан басымды бир аз жогорулатышы, заара айдама, бактерияларга каршы да таасирге ээ болушу тастыкталып, өткө каршы чогултмасынын, ич ооруга каршы чогултмасынын жана Тибет чогултмасынын курамына кириши белгилүү болду.

#### **Колдонулган адабияттар:**

1. Кирпичников М.Э. Род 1493. Цмин, Бессмертник - *Helichrysum Mill.* // *Флора СССР* : в 30 т. / начато при рук. и под гл. ред. В.Л. Комарова. - М.; Л. : Изд-во АН СССР, 1959. - Т. 25 / ред. тома Б.К. Шишкин. - С. 420-421.
2. Долонова Г.М., *Отражение в произведениях кыргызского устного творчества сведений о полезных растениях, используемых народом* / Омурова К.О., Содомбеков И.С. // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2016. – № 6-4. – С. 706-709;
3. Машковский М.Д. *Лекарственные средства*. В 2-х т. - М : Медицина, 1998. Т.1.
4. Г.П. Яковлева и *Лекарственное растительное сырье*. Фармакогнозия /Под. ред. Г.П. Яковлева и К.Ф. Блиновой. - СПб.: СпецЛит, 2004. – С. 76.
5. Кенжебаева Н.В., *Лекарственные растения Кыргызстана в народной медицине* // Ганыбаева М.Р. / *Журн. Исследования живой природы Кыргызстана*. 2010, №1. – Бишкек: Maxprint, 2010. – С. 21-22.
9. Кенжебаева Н.В., *Сохранение традиционных знаний о лекарственных растениях Кыргызстана* // Султанова Б.А., Ганыбаева М.Р. / *Известия ВУЗов*. №3, 2011. – Бишкек, 2011. – С. 136-138.
10. Содомбеков И.С., *Кыргыз элинин уюткулуу сырлары: Өсүмдүктөр дүйнөсү. 1 китеп* // *Адис редактор Содомбеков И.С. Түзүүчүлөр: Айтматов М.Б., Абдурасулов Ы.А., Лазьков Г.А., Рогова Н.А., Содомбеков И.С. ж.б.* – Бишкек: Кут-Бер, 2013. – 131.
11. Агафонов А.Д. *Использование ресурсов дикорастущих лекарственных растений и методы заготовительной работы Центросоюза*. - В кн.: *Ресурсы дикорастущих лекарственных растений СССР*. Вып. 2. М., Изд. Всесоюз. науч.-исслед. ин-та лек. растений, 1972.
12. *Государственная фармакопея СССР*. Изд. 11-е., Т II, М, Медицина. 1989. – С. 244.
13. Алтымышев А. *Лекарственные богатства Киргизии*. Фрунзе 1976 – С. 134.

### **ТАБИГЫЙ ДАРЫГЕР – ИТ МУРУН**

**Токторбек к. Д., З.М. Муратбековна, Г.Н. Ыкынова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы

**Резюме.** Берилген макалада Кыргыз Республикасынын медицинасындагы дары чөптөрүн айрым бир өзгөчөлүктөрү, тактап айтканда, ит мурундун дарылык касиеттери берилген. Ит мурундун Кыргызстандын аймагында кездешүүчү түрлөрү көрсөтүлөт. Жана ошондой эле анын курамы, кандай жол менен даярдоо жана кайсыл ооруларга таасири күчтүү экендигинин каралган. Аны менен катар, кандай учурда пайдаланбай коюу керек экендиги сунушталган.

**Негизги сөздөр.** “Манас” эпосу, ит мурун, дары чөп, витамин С, мөмө, кайнатма.

### **ШИПОВНИК – ДОКТОР ОТ ПРИРОДЫ**

**Токторбек к. Д., З.М. Муратбекова, Г.Н. Ыкынова**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

**Резюме.** В данной статье рассматриваются некоторые особенности лекарственных трав в Кыргызской Республике, в частности, полезные свойства шиповника, и упоминающийся в эпосе «Манас». В

котором, имеются свои оригинальные методы приготовления отваров, плодов и их применение при различных заболеваниях.

**Ключевые слова.** Эпос "Манас", шиповник, медицинские травы, витамин С, плод, отвар.

### **ROSEHIP – A DOCTOR BY NATURE**

**Toctorbek k. D., Z.M. Muratbekova, G.N. Yckynova**  
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev  
Department of Pharmacognosy and Chemistry of Medicines

**Summary.** This article includes some features of traditional herbs in medicine of Kyrgyzstan, especially characteristics of rosehips. Which kind of rosehips may be grown up here, ingredients, how to prepare and the effectiveness against diseases described in this editorial. In addition described contraindications to determine in which case the herbal therapy should be canceled.

**Key words.** Epic of "Manas", rosehip, medical herbs, vitamin "C", tincture.

**Кириш сөз.** Кыргыз медицинасынын байыркы башаттары жөнүндө сөз болгондо, айрым булактарын Тибет, Кытай, Индия медицинанын элементтери катары карап келе жатышат. Эми ушул жерден объективдүү суроо туулат. Эгерде кыргыздар биздин доорго чейинки IV-II кылымдардан бери жашап, өз алдынча улут катары өз тиричилигин өткөрүп келген болсо, анын ичинде башка маданий-социалдык булактар менен катар, өздөрүнүн ден-соолугу менен күрөшкөн медицинасы да болгондугу, бул өнөрдү алар өз алдынча өнүктүргөндөрү анык да, туурабы? Болбосо, ооруп калса, сакайып кетиш үчүн Тибетке же Кытайга барбагандыгы, күнүмдүк тиричиликте кездешип жаткан ар бир жаратты же жаракатты өз алдынча дарылап келгендиги сырттан караган адамга деле маалым болуп турбайбы.

Элдин өздүк медицинасын аргументтеген факторлор дээрлик көп. Мисалга алсак, жогорку концентрациядагы витаминге бай, дары өсүмдүк ит мурундун байыркы “Манас” эпосунда кездешүүсү:

Алмурут чыккан жерлерге  
Ит мурун чыгат дечү эле  
Ит ичпей турган ашынан  
Үмүт этет дечү эле .  
Алмурут Кө кчө сен болсоң,  
Ит мурун жыгач мен болсом,  
Мен да куруп калайын  
Ит Кө кчө сенден кем болсом.

Табигый дарылоочу касиетке ээ болгон ит мурундун эл арасында колдонулуусу сейрек кездешет. Химиялык курамдагы дары-дармектер, негизинен, ооруну сакайткан менен, башка органга терс таасирин тийгизүүсү толук мүмкүн. Мына ушундай учурларда ит мурун алмашкыс дары болуп берчүдөй.

**Изилдө ө нүн максаты.** Байыркы улуу кыргыз “Манас” эпосундагы доордон бери, азыркы күнгө чейинки колдонулуп келе жаткан ит мурун ө сүмдүгүнүн актуалдуулугу. Анын элдик медицинадагы колдонулушу жана Кыргыз Республикасынын табиятындагы анын түрлө рү.

**Изилдө ө нүн методу.** Логикалык анализ, социалдык изилдө ө нүн методдору жана статистикалык анализ.

**Жыйынтыктарды талкуулоо.**

**Ит мурун – Шиповник собачий – *Roza canina*.**

**Семейство Розовые – Роза гүлдүүлө р – *Rozaceae*.**

Ит мурун – роза гүлдүүлөр тукумундагы жапайы өсүмдүк. Бадал, лиана, кээ бири чөп сымал өсөт. Сөцгөгү, бутактары тикендүү, жалбырагы татаал, гүлү беш мүчөлүү, кош жыныстуу, желекчелери түркүн түстө, жалгыздан же топ гүлдөн турат. Кыргызстанда 22 түрү белгилүү. Алардын ичинен дарылык касиетке ээ :

- Беггер розасы
- Тикенектүү роза
- Федченко ит муруну
- Бырыштуу роза
- Корич ит муруну
- Даур ит муруну.

Булар Ала-Тоо , Тянь-Шань тоо этектеринде, Ысык-Көлдө , Чаткалда, Ферганада, Кемин жана кичи Кеминде, бадалдардын арасында өсөт [1].

Ит мурундун курамынан 16-60 грамм сууну (H<sub>2</sub>O), 1,6-4 грамм белок, К, Са, Mg, баш болгон минералдык заттарды, В<sub>1</sub>, В<sub>2</sub>, РР, Е жана абдан көп өлчөмдөгү С витаминин кезиктирүүгө болот. Андан сырткары, шекер: глюкоза, фруктоза, ксилоза, сахароза, органикалык кислоталар: лимон кычкылы, алма кычкылы, олеин кислотасы, арахин кычкылы, пектиндер, каротиноиддер: каротин α, β, эфир майы, макроэлементтер, микроэлементтер, стероиддер, жогорку көмүрсуутектер ж.б. камтылат [2].

Медицинада ит мурундун мөмөсү, тамыры колдонулат. Анын ашын гипо- жана авитаминозго, иммунитетти көтөрүүгө, зат алмашууну жакшыртууга колдонулат. Өттү айдама касиети бар. Ошондуктан ал “Холосас” деген дарыны чыгарууда керектелет. Холестиринди азайтат, кан тамырларды чыңдайт. Аз кандуулуктан, темир жетишсиздигинен арылтып, адамдын денесиндеги ашыкча майларды, уулу заттарды, шлактарды, туздарды айдап чыгууга жөндөмдүү. Ошондой эле жеңил кургак учук менен ооруган адамдарга шыпаа болуп, аны менен бирге көздүн көрүүсүн жакшыртат. Көпчүлүк сасык тумоодон арылуу үчүн ит мурундун чайын ичишет [3].

Уруктарынан болсо май кислоталарын жана витаминге бай май алууга болот. Ал алынган май тери жана рентген нурларынын күйүгүндө, ар кандай дерматит ооруларында колдонулат. Ит мурундун майынын негизинде каротиноиддерге бай каротолин препараты даярдалат [4].

#### **Элдик медицинада:**

- 1) Ит мурундун мөмөсүнүн суудагы кайнатмасы колдонулат: 10 г (1 чоң калай кашык) мөмөсүн калай идишке салып, 200 мл (1 стакан) кайнак суу куят да капкагын жаап, кайнап жаткан суунун буусуна 15 мүнөт ысытылат. Андан кийин суутуп, чыпкалап алынган тундурмасын көлөмү 200 мл жеткириш үчүн кайнак суу куюшат. Бул тундурмадан күнүнө жарым стакандан 2-3 жолу витамин катары ичет.
- 2) Ит мурундун мөмөсүнүн майы: 20г ит мурундун мөмөсүн 2 стакан кайнатылган сууга 1 саатка демдейт да, чыпкалап 1-2 стакандан күнүнө 3-4 жолу ичет [5].

Ит мурунду төмөнкү учурларда колдонууга болбойт :

- Гипертония менен жабыр тарткан адамдарга ит мурундун спирттик тундурмасын ичүүгө болбойт. Ал эми гипотонияга чалдыккандарга, ит мурундун кайнатмаларын ичүүгө тыюу салынат.
- Ит мурун кан пайда кылууну жөнгө салып жана тездеткендигине байланыштуу тромбофлевит, жогорку тромб пайда кылуучулук, эндокардит, жүрөк жетишсиздиги жана башка жүрөк оорулары менен жапа чеккен адамдарга да ичүүгө болбойт.
- Ит мурун язва жана гастрит ооруларына терс таасирин тийгизет.
- Ит мурундан жасалган тундурма, кайнатма, араламашмаларды ичкен соң, ооз көңдөйүн суу менен чайкап коюу керек. Себеби, ит мурундун курамындагы кислоталар тиш эмалынын бузулуусуна алып келүүсү мүмкүн [6].

#### **Фитопрепараттар:**

- Ит мурун майы
- Каротолин
- Холосас
- Витаминдер жыйнагы
- Тундурма
- Сыгынды
- Кайнатма [4].

**Жыйынтыктоо.** “Манас” эпосунда кездешкен табигый дарыгер – ит мурун бүгүнкү күндө да медицина тармагында актуалдуулугун жоготпой келет. Кыргызстанда ит мурундун түрлөрүнүн көптүгүнө байланыштуу, анын курамы, колдонулушу изилдөөлөр азыркы учурда деле жүргүзүлүүдө. Элдик медицинада ит мурундун кайнатмасын, тундурмаларын ар кандай ооруларга каршы колдонуусу тастыкталган.

#### **Колдонулган булактар:**

1. Соколов С.Я., Стратонович А.И.. Род 32. *Rosa, L.* - Роза, шиповник // *Деревья и кустарники СССР. Дико-растущие, культивируемые и перспективные для интродукции.* / Ред. тома С.Я. Соколов. - М.-Л.: Изд-во АН СССР, 1954. - Т. III. Покрытосеменные. Семейства Трохидендроновые - Розоцветные. - С. 616-625. - 872 с.  
- 3000 экз.

2. Куцинская И.Н., Шнайман Л.О.. Идентификация каротиноидов, содержащихся в сухих плодах шиповника вида *R. cinnatomea* // *Мед пром-сть СССР : журнал.* - 1964. - № 4. - С. 38-40.
3. *Фитотерапия с основами клинической фармакологии. Справочник / Под ред. акад. РАМН Кукеса В.Г.* - М.: Медицина, 1999. - С. 77-78. - 192 с. - ISBN 5-225-04426-3.
4. Муравьева Д.А., Самылина И.А., Яковлев Г.П. – М 91 *Фармакогнозия: Учебник.* – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2002. – стр. 189.
5. *Кыргызстандагы дары-дармек ө сүмдүктөрдү жыйноо, даярдоо жана аны пайдалануу боюнча колдонмо.* Түзгөн б.и.к., доцент С.А. Абдрасулов. – Б. - 2006. – 47 с.
6. *Государственный реестр лекарственных средств. Официальное издание: в 2 т.* - М.: Медицинский совет, 2009. - Т. 2, ч. 1. - 568 с.; ч. 2. - 560 с.

### **КЫРГЫЗСТАНДЫН ДАРЫ Ө СҮМДҮКТӨРҮ**

**Муратбекова З.М., Ташиева Н.А., Кубанычбекова А.К., Байсеитова А.Ж.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Дары ө сүмдүктөрдүн тарыхы жана алардын элдик медицинада колдонуусу көрсөтүлгөн. Кыргызстандын сейрек кездешкен дары ө сүмдүктөрү келтирилген.

**Негизги сөздөр:** дары ө сүмдүк, элдик медицина, колдонуу, дарылоо.

### **ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА**

**Муратбекова З.М., Ташиева Н.А., Кубанычбекова А.К., Байсеитова А.Ж.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Представлен обзор истории лекарственных растений и их применение в народной медицине. Использование редких лекарственных растений Кыргызстана.

**Ключевые слова:** лекарственные растения, народная медицина, применение, лечение.

### **MEDICAL PLANTS IN KYRGYZSTAN**

**Muratbekova Z.M., Tashieva N.A., Kubanychbekova A.K., Baiseitova A.J.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of Pharmacognosy and Chemistry of Medicines

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The review history of medicinal plants and application is presented use in folk medicine. The use of rare medicinal plants of Kyrgyzstan.

**Keywords:** Medical plants, folk medicine, application, treatment.

### **Киришүү**

Байыркы адамдар ооруларды айыктырыш үчүн ар түрдүү дары ө сүмдүктөрдү колдонуп келишкен. Элдик медицинада дары ө сүмдүктөрдү пайдалануу аябагандай узак тарыхты камтыйт. Дары ө сүмдүктөр, 3000 жыл мурда эле белгилүү боло баштаган [1,2]. Гиппократ тарабынан болжол менен 200гө жакын дары ө сүмдүктөр жазылган, Диоскорид 400гө жакын ө сүмдүктү жазып кеткен. Илимге дары ө сүмдүктөр боюнча абдан чон салымды Авиценна киргизген. Авиценна дүйнөгө «Врачтык илимдин канону» деген китебин тартуулаган, ал жерде ошол убакта колдонулган дары ө сүмдүктөрдү жазган. Ал ө сүмдүктөр буга чейин колдонулуп келет [3].

**Биздин изилдөөнүн максаты** - Кыргызстандын дары ө сүмдүктөрүнүн тарыхын изилдөө жана алардын элдик медицинада колдонуусу.

### **Материалдар жана ыкмалар**

Логикалык анализ, социалдык анализ, сереп тарыхый маалыматтар.

### **Жыйынтыктар жана талкуулоо**

Кыргызстандын климаттык шартында өскөн ө сүмдүктөр орто бийиктикте жана талаанын шартында өскөн чөптөр болуп бөлүнөт. Мисалы, “Эдельвейс” (Мамыры) деген чөп дециз деңгээлинен эки жарым, үч миң метрден ашуун бийиктикте өсөт. Ал чөп көптөгөн ооруларды сакайтканга жарайт. Жаңы өскөндөн баштап, куураганга чейин үч технологиясы болот. Ал эми мумия дагы бийик тоо кыркаларында табылуучу зат. Аны сөөктүн сыныгына, ашказандын жарасына

пайдаланса болот. Ошондой эле бизде онкологиялык ооруларга каршы колдонуучу уулу дары чөптөр бар. Мисалы үчүн, “Ысыккөл тамыры” деген уулу чөптү убагында чогултуп, атайын ыкма менен кургатып, өлчөм менен колдонсо ден соолукка пайдалуу [4]. Көпчүлүк учурда айрым адамдар туура эмес пайдаланып, уулугуп өлгөн фактылар да болгон. Ошондой эле Ак кодол, Уу коргошун, Аркар от жана башка көптөгөн чөптөрдүн тамырынын дарылык касиеттери бар. Учурда дары чөптөргө көзөмөл жоктугунан көптөгөн сейрек кездешүүчү дары чөптөр жоголуп кетүү коркунучунда. Учурда “жапайы жол” менен көптөгөн адамдар тоо-талаадан дары чөптөрдү чогултуп жатышат. Алар чөптөрдү кайсыл убакта жана кандай жол менен чогултуш керектигин билишпейт, чогултуу эрежелерин сакташпайт. Эртечки күнү ал чөп өсөбү же өспөйбү, бул суроо аларды кызыктырбайт. Ошондуктан дары чөптөрдү чогултуучу атайын мекеме ачылып, аны кайра иштетүүчү жай ачылса өлкөнүн экономикасына пайда алып келүүчү тармак түзүлмөк. Ал эми базарларда дары чөптөрдү сатып отургандарга бийик тоолордон атайын адамдар дары чөптөрдү терип келип өткөзүшөт. Алар мындай жол менен күнүмдүк тиричилигине каражат табууну көздөшөт.

Элдик медицинада дарылык касиети бар заттар, өсүмдүктөр, гигиеналык ыкмаларды ооруну дарылоо, алдын алуу, ден соолукту чыңдоо үчүн пайдалануу жөнүндө элде чогулган маалыматтар көп. Алгачкы коомдогу кишилер сынган, чыккан сөөктү ордуна салууну билишкен. Ооруну жеңилдетүүдө чөптөрдүн, суунун, күн нурунун дарылык касиеттерин байкашкан. Египеттиктер апииймди, тибеттиктер жаратылыштагы заттарды дары катары кеңири колдонушкан. Азия элдеринин адабий мурастарында климат, таза аба, дене тарбия, туура тамактануунун ден соолукту сактоодо зор мааниси жөнүндө маалыматтар сакталган. Элдик медицина тууралуу Гиппократ, Гален, Ибн Сина жана башкалардын эмгектеринде жазылган [2,4]. Орусияда Элдик медицина элементтери, түрдүү өсүмдүк маңызы жараат, цинга жана башкалар ооруларды дарылоодо кеңири пайдаланылган. Кээ бир тажрыйбалуу табыптар, Африкада операция жасап, жатындагы баланы ала алышкан. Кыргыздын элдик медицинасында картык менен кан алуу, сүлүк салуу, кийиз күйгүзүп басып, кандын агышын токтотуу, тамыр кармап ооруларды «ысык» же «суук» деп бөлүп, тамактануу жолун көрсөтүү жана башкалар («ысык» болсо ооругуна мүнөз тамак же 20-30 күн кайнак суу берип, ачкалык менен, «суук» болсо күчтүүлөп тамак берип дарылаган) колдонулган.

Ошондой эле Элдик медицинада ооруну басаңдатуу же жарааттын ирицин сордуруу максатында түрдүү чөптөрдү жана алардан жасалган дарыларды тартышкан, ичиришкен. Табыптардын колдонгон ыкмалары, дарылары көп учурда зыяндуу келип, оорунун өмүрүнө коркунуч туудурган, жугуштуу ооруларды таратууга шарт түзгөн. Ошону менен катар Элдик медицина анын дарыгерлери билими жагынан төмөнкү баскычта турушса да, колдонгон каражаттары эң жөнөкөй болсо да өз убагында калкка чоң жардам көрсөтүшкөн. Элдик медицина кээ бир ыкмалары жана баалуу тажрыйбалары (мисалы, ийне сайып дарылоо, чөп менен дарылоо жана башкалар) илимий медицинада колдонулат.

Кыргыз Элдик медицинасында суу берүү, териге алуу, жылуу сууга салуу (арашан), ысыктоо, ушалатуу, кан алуу, сүлүк салуу, тамыр кармоо жана башкалар ыкмалар колдонулуп келген. Кыргыздардын илгерки көчмөн турмушунда элдик хирургия болгондугу да белгилүү. Мисалы, сынган сөөктү сакайтуу, жөнөкөй операцияларды жасай билүү жана жөнөкөй хирургиялык аспаптардын биздин күндөргө чейин келип жетиши мунун далили. Бул маалыматтар азыркы мезгилге чейин оозеки түрүндө жетти.

Кыргызстан ар түрдүү дары өсүмдүктөрү бай, 1000 ашуун дары өсүмдүктөрү дары-дармек катары колдонулат [1,4]. Кызыл мыя тамырынан кийин эле, ит мурундун жана долононун мөмөсү, уу коргошуну, сары чай чөбү, көк чай чөбү, ит уйгак, сары мыя, чалкан жана бака жалбырактар, камеде чайыры сыяктуу дары өсүмдүктөрү кеңири колдонулуп, аларды керектөө улам артып бара жатат. Ошондой эле, Кыргызстанда сейрек кездешкен дары өсүмдүктөрү көп. Алардын ичинен эфир майлуу өсүмдүк – Норичниктей коен томук бар. Норичниктей коен томук Илептүстүүлөр түркүмүнө кирет. Кыргызстандын Ош областынын тоолорунда кездешет. Илептүстүүлөр түркүмүнүн өсүмдүктөрү эфир майлуу, перспективдүү, декоративдүү жана дарылыгы бар өсүмдүктөр болуп саналат. Аны менен бирге бул түркүмдүн өсүмдүктөрү составында ар түрдүү эфир майлар менен айырмаланат [5,6]. Мындай өсүмдүктөрдүн бири – Перовския саналат.

Перовския өсүмдүгү, Илептүстүүлөр түркүмүнө кирет. Латынча аталышы орус генерал граф Перовскийдин урматына берилген. Ал «Перовскийди» Орто Азияга болгон экспедицияда ачкан. Перовския өсүмдүгү, Афганистандын, Туркестандын жана Гималайдын кургак таштуу жерлеринде өсөт. Перовския өсүмдүгү – бадал сымалдуу болуп, бийиктиги жана туурасы 150 см болуп өсөт. Жыл сайын Перовския өсүмдүгү жашыл бутактарын чыгарат [10]. Бутактары жана жалбырактары боз түсүндө болот. Бул өсүмдүгү жайдын ортосунда гүлдөп, сентябрь айынын аягына чейин гүлдөйт.

Бардык бөлүктөрү катуу жытуу. Перовския уурусунун өсүмдүктөрү көп сандагы эфир майын, пинен жана камфораны камтыйт [5,6].

Норичниктей коен томук, көпчүлүк эфир майлуу өсүмдүктөрдүн арасынан эц кызыктуу жана келечектүү болуп саналат. Тамыр системасы төмөн багыттылган, өсүмдүктүн үстүнкү бөлүгүндө 0,20-0,48% эфир майы, кумарин, лактон жана алкалоиддин издери аныкталган. Эфир майы кочкул сары түсүндө, курч жыты менен [7].

Элдик медицинада кайнатмасы котур оорусуна ичилет. Кургатылган гүлдөрүн чай түрүндө ашказан ооруганда ичишет. Э. Гареев атындагы КР УИА Ботаникалык багына, Норичниктей коен томук 1976 жылы Алайдан алып келтирилген. Көчөтү жакшы отурушталды жана жыл сайын толук өнүктүрүү циклин өтүшөт. Бүчүрлөрдүн жана бутактардын өсүүшү апрелдин биринчи декадасында белгиленет [8,9]. Гүлдөөсү июндун башынан сентябрдын аягына чейин болот. Гүлдөрү, ачык аба ырайында эртен менен (6-9 га чейин) ачылат. Гүлдөгөн узактыгы 48 саат. Уруктары июлда бышат. Норичниктей коен томук уруктары жана тамыры менен көбөйөт. Ошентип, Перовския уурусунун өсүмдүктөрү эфир майлуу, дарылыгы бар жана Кыргызстандын аба ырайына маданиятуу өстүрүүгө ыктымал [10].

Бирок сейрек кездешүү дары өсүмдүктөрүн топтоп чогултуу иши барган сайын солгундап, олуттуу көңүл бурууну талап кылууда. Жыйноо эрежелерин жана мөөнөтүн бузууга жол берүүлөрдү мунун негизги себеби катары белгилөөгө болот. Дарылык касиетке ээ жапайы чөптөрдү чогултуу эрежелери боюнча атайы билим дэнгээлинин жетишсиздиги, тактап айтканда кайсыл жерден, кайсыл учурда терүү, өсүмдүктөрдү сактоо эрежелерин так өздөштүрбөгөндүк сыяктуу көйгөйлөр орун алууда.

#### **Корутунду**

Кыргыздар илгертеден бери дары чөптөрдү колдонуп келишкен. Азыркы учурда дары чөптөр аябагандай кызыгуу жаратат. Ошондой эле, дары чөптөрдү коргоо чараларын уюштурууга бир гана медициналык жана экология кызматкерлери эмес жалпы Кыргызстандын жарандары, айрыкча тоолу аймактардын тургундары кайдыгер карабоосу зарыл деп ойлойм.

#### **Адабияттардын тизмеси**

1. Алтымышев А.А. *Природные целебные средства*. – 2-е изд. - Ф.: Кыргызстан, 1990. – 352 с.
2. Алтымышев А.А. *Природные целебные средства*. – М.: Профиздат, 1992. - 272 с.
3. *Орто Азиянын дары өсүмдүктөрү: өзбекстан жана Кыргызстан = Лекарственные растения Средней Азии: Узбекистан и Кыргызстан*. – Б.: 2014. – 432 б.
4. Улемани К., Рогова Н.А. *Кыргызстандын дары өсүмдүктөрү топтоо эрежелери*. – Б., 2014. – 92 с.
5. *Фармакогнозия. өсүмдүктөрдөн жана жаныбарлардан алынган дарылык сырьё: окутуу китеби / түзөтүлдү Г.П. Яковлева*. – 3 чыг., озгор. жана тол. - СПб.: СпецЛит, 2013. – 847 б.: ил.
6. *Карриев М.О. Фармакохимия некоторых эфирномасличных растений флоры Туркмении Ашхабад*. Изд. «Бълым».1973. 149 с.
7. *Флора Киргизской ССР, Т. IX Фрунзе, Изд. АН Кирг. ССР. 1960. 210 с.*
8. *Ходжиматов К.Х., Сагатов С.С. Некоторые дикорастущие эфирномасличные растения, применяемые в народной медицине.//Новые данные по биологии дубильных и лекарственных растений. Ташкент, Изд. «Фан». Уз. ССР. 1970. 143-145 с.*
9. *Рогова Н.А. Перовския норичниковолистная в условиях культуры.//Исследования живой природы Кыргызстана.2010. №1*
10. *Рогова Н.А., Яковлева Н.В. Лекарственные растения Кыргызстана и их устойчивое использование. Бишкек, 2002. 134 с.*

### **КОНЦЕПЦИЯ ИНТЕГРАЦИИ НАРОДНОЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Н.А. Ташиева, А.Д. Мураталиева, Ж.Т. Конурбаева, Г.С. Кулжабаева, Д.Н. Исмаилова**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

Кафедра факультетской хирургии

Кафедра медицинской биологии, генетики и паразитологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Изучение дошедших до нас источников показало, что в прошлом на территории Кыргызстана в народе накапливались и культивировались различные знания и навыки по врачеванию. Табып был единственным носителем многовекового опыта в борьбе с болезнями во всем его объеме, так как

он был в одном лице и лекарями и аптекарями. Табыпы делились на пульсовиков (тамырчы), костоправов (сыныкчы), травник (чопчу), бабок-повитух (киндик эне, аначы). В эпосе «Манас» встречаются сведения, о табыпах которые, лечат травами, продуктами животного и минерального происхождения, о способах лечения переломов костей и применение простых хирургических инструментов (аштар, тинтуур, шак-шак и др.). Самобытность народной медицины кыргызов, которая складывалась у кыргызского народа веками должно дать своеобразное отражение в концепции интеграции народной и современной медицины Кыргызстана.

**Ключевые слова:** концепция, интеграция, табыб, костоправ, травник, народная медицина, эмпирическая медицина, научная медицина.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЭЛДИК ЖАНА  
ЗАМАНБАП МЕДИЦИНАСЫНЫН ЖУУРУЛУШУ КОНЦЕПЦИЯСЫ**  
**Н.А. Ташиева, А.Д. Мураталиева, Ж.Т. Конурбаева, Г.С. Кулжабаева, Д.Н. Исмаилова**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академисы  
Фармакогнозия жана дары-дармектер химия кафедрасы  
Факультеттик хирургия кафедрасы  
Медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бизге жеткен булактарды изилдөө көрсөткөндөй, Кыргызстандын аймагында абалтадан бери дарылоонун ар кандай ыкмалары эл арасында топтолуп жана сицип келген. Табып жалпысынан алганда оорулар менен күрөшүүнүн көп кылымдар бою топтолуп келген тажрыйбанын жалгыз алып жүрүүчүсү болуп, ал дарыгердин да, дарыканачынын да жүзү болгон. Табыптар тамырчы, сыныкчы, чөпчү, киндик эне (аначы) болуп бөлүнүшкөн. «Манас» эпосунда чөптөр, жаныбарлардан жана минералдан алынган продуктулар менен дарыларылаган табыптар, сынган сөөктөрдү дарылоонун ыкмалары жана жөнөкөй хирургиялык аспаптарды (аштар, тинтүүр, шак-шак ж.б.) колдонуу тууралуу маалыматтар кездешет. Кыргыздардын кылымдар бою калыптанган элдик медицинасы, Кыргызстандын элдик жана заманбап медицинасынын жуурулушу концепциясында чагылдырылышы керек.

**Негизги сөздөр:** концепция, жуурулушу, табып, сыныкчы, чөпчү, элдик медицина, эмпирикалык медицина, илимий медицина.

**CONCEPT INTEGRATION OF FOLK AND MODERN MEDICINE IN THE KYRGYZ REPUBLIC**  
**N.A. Tashieva, A.D. Muratalieva, J.T. Konurbaeva, G.S. Kuljabaeva, D.N. Ismailova**  
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Department of pharmacognosy and chemistry of medicines  
Department of Faculty Surgery  
Department of Medical Biology, Genetics and Parasitology  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The study of sources that have come down to us showed, that in past on the territory of Kyrgyzstan people accumulated and cultivated various knowledge and skills in healing. Tabib was only bearer of centuries of experience in the fight against disease in all its scope, because he was in one person and healers and pharmacists. Tabibs were divided into pulsars (tumirchi), bone caries (sinikchi), herbalists (chopchy) and midwives (unuchi). In Manas epic there are information about tabibs, that treat herbs with animals and minerals products, about methods of treating bone fractures and the use of simple surgical instruments (ushtur, tintuur, shuk-shuk etc.). The ordinarily folk medicine of the Kyrgyz people, which was formed by the Kyrgyz people for centuries, should give a unique reflection in the concept integration of folk and modern medicine of Kyrgyzstan.

**Key words:** concept, integration, tabib (healer) chiropractor, herbalist, ethno science, empirical medicine, scientific medicine.

**Введение.** Медицина – отрасль научной и практической деятельности, основной задачей которой является сохранение и укрепление здоровья человека, а также разработка методов диагностики, профилактики и лечения болезней.

Существует значительное число медицинских систем, подчас резко различающихся между собой по взглядам и подходам к решению основной задачи медицины. В принципе медицинская си-

стема делится на две большие группы, главным образом по особенностям накопления информации: эмпирическая медицина и научная медицина.

Эмпирическая медицина – это медицина, где основой знаний и используемых приемов врачевания является опыт одного или многих поколений людей. Эмпирическая медицина отличается от научной медицины тем, что она не базируется на эксперименте и клинических испытаниях. Эмпирическая медицина подразделяется на народную медицину и традиционную медицину.

Научная медицина начала складываться в Европе и отчасти в Северной Америке в конце XVIII в. В основе современной научной медицины лежит эксперимент и обязательно соответствующие клинические испытания. Как традиционные, так, разумеется, и научная медицины складываются из ряда разделов: хирургии, терапии и т.д.

**Цель исследования.** Разработка концепции интеграции народной и современной медицины в Кыргызской Республике.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ, логический анализ, критический обзор литературных данных.

**Результаты и обсуждение.** Народная медицина – сумма всех знаний и практических методов, как объяснимых, так и необъяснимых, которые применяются для диагностики, предотвращения и ликвидации нарушения физического, психического и социального равновесия и которых опираются исключительно на практический опыт и наблюдения, передаваемые из поколения в поколение, как в устной, так и в письменной форме.

Народную медицину можно также рассматривать как прочный сплав постоянно развивающихся лечебных приемов и передаваемого по наследству опыта. (ВОЗ).

Народный лекарь – «человек, который, по мнению своей общины, знает способы оказания медицинской помощи с использованием растений, веществ животного и минерального происхождения и некоторые другие методы, имеющие в своей основе социальные, культурные и религиозные истоки, а также знания, представления и верования, разделяемые членами этой общины и касающиеся физического и социального благополучия, причин болезни и помощи».

Любая система медицины современна, если она направлена на решение общей задачи оказания населению медицинской помощи и удовлетворительно с ней справляется, независимо от времени и места действия, а также от культурного окружения. Исходя из этого, можно считать, что основные различия между отдельными медицинскими системами зависят не от того, насколько разнятся цели и результаты, а от того, насколько различна та культурная среда, в которой люди практикуют эти разные системы. Народная медицина не представляет собой какого-то нового явления, поскольку она всегда была неотъемлемой частью любой культурной формации.

Однако в некоторых развивающихся странах народная медицина, не использующая для своего развития стремительных открытий науки и техники, испытывает период застоя и претерпевает лишь незначительные изменения практикуемой в промышленно развитых странах, последняя осваивает научные и технические новшества настолько быстро, что часто лишь о ней говорят, как о современной медицине.

Многие профессиональные работники здравоохранения часто считают народную медицину практикой, отживающей свой век, и не придают ей должного значения, впадая при этом в глубокую ошибку, т.к. культура как таковая, неотъемлемой частью которой является народная медицина, никогда не может быть ни статична, ни мертва.

Культуру обычно определяют, как сумму образа жизни, общественного уклада, верований и представлений, а также общепринятых организованных способов, с помощью которых община пытается решать свои жизненные проблемы. Изменение или развитие культуры происходит по мере приобретения новых знаний или в связи с переменами в окружении людей, которые должны к этим переменам адаптироваться, чтобы выжить и обрести новое жизненное равновесие. В этом контексте культурной эволюции народная медицина всегда развивалась и в любом обществе сохраняла за собой роль института, обеспечивающего его членам медицинскую помощь.

Поскольку современные научные исследования в области народной медицины направлены главным образом на изучение лекарственных растений, эту тенденцию не следует поддерживать, так как иначе создается впечатление, что в народной медицине единственным методом оказания медицинской помощи является использование лекарственных растений.

Поэтому необходимо сосредоточить внимание на более широком круге возможностей народной медицины имеющий опыт действенного решения практических задач, стоящих перед системами медицинской помощи различных стран. Для изучения народной медицины необходим целостный подход, с помощью которого научные исследования могли бы охватить все аспекты проблемы.

Для того чтобы подтвердить правильность этих концепций, приведем примеры из опыта отдельных стран.

В сельских районах Шри-Ланки широко практикуются различные системы местной медицины. Было установлено, что существование этих различных систем обусловлено, поддерживается чрезвычайным разнообразием экологических условий страны и ее культурными особенностями. Накопленные веками мудрость народа и его опыт составляют ядро тех знаний и умений, которые использует народная медицина. В течение столетий, несомненно, происходили некоторые изменения, но они носили постепенный характер. На сегодня здесь зарегистрировано 10000 практиков, и предполагается, что еще 6000 подлежат регистрации. Круг проблем, которыми занимается практическая народная медицина, широк и включает профилактические, лечебные и специальные аспекты.

Большинство систем народной медицины следует классической схеме: сбор анализов, определение комплекса этиологических факторов, постановка диагноза, обеспечение соответствующего лечения, наблюдение за течением болезни и предложение необходимых мер реабилитации.

Возможно, своеобразной особенностью этих различных систем медицины является характер предписаний, на котором существенно сказываются географические факторы, выбор местных растений и передаваемые из поколения в поколение сборники «рецептов», а также местные культурные представления и знания о распространенных болезнях и проблемах здоровья. Система народной медицины в Шри-Ланке удовлетворяет основные потребности в области здравоохранения примерно 70% населения.

Народная медицина Судана сосредоточена на психосоциальных аспектах. Есть сообщения, что народная медицина в Судане действует настолько успешно, что ее методы широко применяются в борьбе с неврозами и алкоголизмом; поэтому эта система представляет особый интерес для научных исследований, направленных на изучение методов лечения невротических реакций, алкоголизма, лекарственной зависимости. Народная медицина предлагает ряд ценных решений, касающихся ведения больных, состояние которых обусловлено культурными факторами, а также других проблем здравоохранения. Методы и приемы, применяемые народными лекарями Судана, пока сохраняются в глубокой тайне.

Благодаря государственной политике сейчас в Индии широко признаны системы народной медицины аюрведа, сиддхья, унани и йога, изучение включено в учебные программы некоторых учебных заведений, в том числе университетов, медицинских колледжей, полных и неполных средних школ, а также центров подготовки различных категорий персонала здравоохранения. В Индии число лиц, практикующих народную медицину, составляет около 500000; их квалификация различна, развиты – от специалистов с университетской степенью фактора и практиков с дипломом, присвоенным частными школами, до лекарей, освоивших приемы и знания в процессе ученичества у признанных представителей народной медицины.

Изучение дошедших до нас источников показало, что в прошлом на территории Кыргызстана в народе накапливались и культивировались различные знания и навыки по врачеванию.

По мнению В.И. Кушелевского, народную медицину кыргызского народа, как и у других народностей можно разделить на три разряда:

- религиозно мистическую,
- эмпирическую
- смешанную

Представителями религиозно мистического направления являлись эшен, молдо, муфтий, олуя (святой), бубу-бакшы (шаман), куучу, козу ачык (ясновидящий), жоруучу (предсказатель по лопатке), кумалакчы (предсказатель по бобам), болжоочу (предсказатель), соз менен эмдоочу (психолог), жылдызчы (астролог), жайчы. Они при лечении обращались к различным мистическим средствам: молитвам, заклинаниям, шептаниям, талисманам [1].

Характерной фигурой для эмпирической части кыргызской народной медицины является табып (лекарь), чопчу (травник), тамырчы (пульсодиагност), киндик эне, аначы (повитуха), сыныкчылык, жараттарды дарылоо (хирургия, костоправ), укалоочу (массажист) [2].

Табып был единственным носителем многовекового опыта в борьбе с болезнями во всем его объеме. В теоретической основе деятельности табыпов лежали положения древнегреческой медицины, отдельные приемы арабской медицины и учения великого Ибн Сина, которые рассматривают болезнь, как нарушение нормального сочетания в организме человека теплого и холодного начала. Табыпами рекомендовались физиотерапевтические методы лечения: прогревание паром, потение, купание и т.д. Тыбыпы были в одном лице и лекарями и аптекарями. Они сами готовили настои, отвары,

порошки, пилуоли, мази. Ими применялись для лечения различные средства животного, растительного и минерального происхождения ( А.А. Берштам; Т. Баялиева; А. Шакиров; Ч. Валиканов; С. Амбромзон и другие) [3].

Каждый табып имел несколько своих излюбленных средств и приемов, использовал их от многих болезней. Табыпы часто прибегали к кровопусканию, применяли пиявки, лечили голодом, родниковой водой, прикладывали к больному месту различные предметы, в том числе некоторых животных и птиц.

Широкое распространение получили массаж, обматывание больных в шкуры недавно убитых животных. Успешно лечили травмы, переломы, вывихи. Есть полное основание назвать сыныкчы-табыпов (костоправов) кыргызов народными хирургами. Об этом свидетельствуют эффективное лечение переломленной кости, умение делать простейшие операции и дошедшие до наших дней таких простых хирургических инструментов, как шак-шак, аштар, тинтуур, шимшуур.

Больным, у которых были переломы, народные лекари предлагали пить мумию. Эти сведения наших предков дошли до наших дней в устной форме.

Как отмечает В.И. Кушелевский «кыргызские табыпы умело лечат раны, полученные от острых предметов» [5].

В эпосе «Манас» также встречаются сведения о простых хирургических инструментах, способах лечения переломов костей. Например, в эпосе есть информация об аштаре, или наштаре, т.е. об остром стальном ноже, имеющий форму скальпеля. Этот древний хирургический инструмент широко применялся кыргызскими табыпами для пореза раны с целью выведения испорченной крови или осколка стрелы, которая остановилась в теле раненого воина.

Таблица 1

Информация о хирургическом инструменте аштар или наштар

Сом этине калды деп, Чыкпай туруп алды деп, Аштар алып колуна Тилип жаткан андан коп (5, с. 402)	Чтобы вынуть пулю или стрелу, Которые застряли в теле воина, Взяв в руки инструмент аштар, Лекари делают надрезы на месте раны.
---	--

О встрече с представителями религиозно мистической и эмпирической части кыргызской народной медицины писали известные русские исследователи путешественники: Н.А. Северцев, П.П. Семенов-Тяньшанский, А. Ягмин и Ч.Ч. Валиханов [6]. В частности Ч.Ч. Валиханов в своих рукописях упоминал цитату из эпоса «Манас»:

Таблица 2

Информация о эмпирической медицине.

Капырдын каны Жолойдун Жаагынан каны жыйылбай, Кызыл суу болуп акты эле, Жолом үйдөн кийизди Кыйып келип жапшырды, Аган эле болбоду Жолум үйдөй кол алып Тагы келип жапшырды Ошондо гана тыйылып калды дейт. Токсон өгүз терисин Каптап эле кийди дейт (Кол жазмалар фондусу, 5187-инв., 99-б.) (7)	У неверного Жолол кровь Струей текла с его лица Отрезал кошму и накрыл Да не помогла она Тогда еще принесли Лишь от 99 бычьих шкур Остановить они смогли
--	--

Методы и приёмы кыргызской народной медицины подробно описывали в своих работах С. Яроцкий, И.И. Ибрагимов, Ф. Поярко, Н.С. Харченко, А.А. Айдаралиев, Ш.И. Исаков, С.К. Чиншайло [4].

Для каждой страны и культурной формации порядок очередности научных исследований, имеющие целью содействия народной медицине и ее развитие, будет различным. Основные области научных исследований по народной медицине следующие:

- изучение деятельности практиков народной медицины;
- изучение систем народной медицины, процедур, методик, технологии и основных принципов;
- изучение лекарственных растений;
- оценка терапевтических программ;

- изучение лекарственных средств и болезней;
- изучение оздоровительных, санитарно-просветительных и профилактических мероприятий;
- метафизические и в ненаучные представления, космология и астрология, парапсихология, гипноз, религиозные заклинания и медитация;
- изучение путей развития кадров;
- влияние и использование служб здравоохранения.

В настоящее время концепция интеграции народной и современной медицины может найти реальное воплощение в предвидимом будущем.

Эффективная интеграция, как показывает опыт Китая, предполагает синтез достижений китайской народной медицины и западной медицины путем применения современных научных знаний и методов. Такой процесс интеграции нуждается в чистой системе, способной приспособливаться к индивидуальному опыту и умению, к различным уровням знаний и подготовки, функционировать при недостаточных ресурсах и использовать все разнообразие вспомогательных методов применяемых, прежде всего в системе медицинской помощи.

Для достижения этой цели необходимо, чтобы среди представителей различных систем медицины царил дух взаимного уважения, признания и сотрудничества.

Процесс интеграции можно было бы начать с фундаментального исследования систем образования, одновременно с изучением древних литературных источников, теоретических принципов, широко используемых лекарственных средств, основ питания, проблем гигиены окружающей среды, а также других областей, представляющих интерес для всех практикуемых систем медицины.

После приобретения соответствующих знаний во всех этих областях можно было бы разработать механизм осуществления интеграции. Для большинства стран первая попытка на пути интеграции – это научные исследования в области народной медицины, имеющие целью оценку ее методов и их обоснование на базе научных данных. Когда этот этап пройден, интеграция народной медицины с существующими системами медицинской помощи становится возможной и даже легко достижимой.

Как показали наблюдения, идея интеграции часто встречает основное сопротивление со стороны нетерпимо к ней относящихся организаторов здравоохранения, поэтому следует убедить тех, кто принимает решения на национальном уровне, в необходимости этой меры.

**Заключение.** Анализ показал самобытность народной медицины кыргызов, которая складывалась у кыргызского народа веками. И это должно дать своеобразное отражение в концепции интеграции народной и современной медицины Кыргызстана.

Это действительно приносит взаимную пользу обеим системам; увеличивает общий объем знаний о медицинской помощи, что в конечном итоге служит во благо человечества, особенно если учитывать заложенные в интеграции возможности более широкого и более эффективного охвата населения этой помощью; повышает квалификацию и увеличивает число практикующих медиков; способствует распространению знаний о медицинской помощи; является лучшим средством достижения цели, состоящий в обеспечении медицинской помощи всего населения мира.

### **Литература**

1. Кушелевский В.И. *Материалы для медицинской географии и санитарного описания Ферганской области.* – Н. Маргелан, 1891. – Т. 3. – С. 236-238, 248, 254.
2. Айдаралиев А.А. *Научные основы народной медицины Киргизии // Тез. докл. научной конф. КГМИ.* – Фрунзе, 1957. – С. 4-5.
3. Ершов Н.Н., Компанцев Н.Н. *О тибетской медицине на Памире // бюллетень Узбекского ин-та экспериментальной медицины.* - 1939. - №4. – С. 40-48.
4. Чиншайло С.К. *Из истории развития лекарственной помощи на территории нынешней Киргизии // Тез. докл. III съезда фармацевтов Кирг. ССР.* – Фрунзе, 1989. – С. 10-14.
5. *Кол жазмалар фонду. 402-573-инв.*
6. *Валиханов Ч.Ч. Родоподразделения киргиз // Чокан Валиханов.* – Алма-Ата, 1985. – С. 287-345.
7. *Кол жазмалар фондусу, 5187-инв., 99-б.*

## **КЫРГЫЗДАРДЫН ЭЛДИК МЕДИЦИНАСЫНДА СУУ МЕНЕН ДАРЫЛОО БКМАЛАРЫ**

**Тентигул к. Н.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Философия жана коомдук илимдер кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Кортунду.** Негизги максаты болуп кыргыздардын элдик салттуу дарыгерчилигиндеги суу менен дарылоодогу ыкмаларын ачып берүү. Суу менен дарылоо жолдору жана түрлөрү: ичүү, буулоо, сууланган чүпүрөк басуу, сууга жаткыруу, чайкануу жана киринүү. Мындан сырткары, булак суусу, жылуу суу, дарыя суусу, жер астындагы суу, кудук суусу, тузсуз суу, туздуу суу, минералдык суу ж.б.

**Негизги сөздөр:** ичүү, буулоо, сууланган чүпүрөк басуу, сууга жаткыруу, чайкануу жана киринүү.

## МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВОДЫ В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ

Тентигул к. Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра философии и общественных наук

Бишкек, Кыргызстан

**Резюме:** Основной целью работы является раскрытие отдельных методов традиционного лечения с помощью воды, к которым относятся: питье, припарка, примочки, купание и ополосчение. Кроме этого, определяется значение следующих типов воды, как вода из горячих источников, родниковая, речная, грунтовая, колодезная, пресная, соленая и минеральная воды.

**Ключевые слова:** питье, припарка, примочки, купание и ополосчение.

## METHODS OF TREATMENT USING WATER IN TRADITIONAL MEDICINE

Tentigul k. N.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy.

Department of Philosophy and Social Sciences

**Summary:** The main aim of the work is the disclosure of certain traditional methods of treatment with the help of water, which include: pie, poultices, lotions, bathing and opoloschenie. In addition, the value is determined by the following types of water, as the water from the hot springs, spring, river, groundwater, Well, fresh, salty and mineral water.

**Keywords:** drink, poultices, lotions, bathing and opoloschenie.

Адамдын жашоо-тиричилигинде суу маанилүү ролду ойноорун баарыбыз жакшы билебиз. Мындан сырткары, тегине карай суу булак суусу, дарыя суусу, жер астындагы суу, кудук суусу, тузсуз суу, туздуу суу, туздан арылтылган суу, минералдык суу ж.б. бөлүнүп, өз тегине жараша суунун химиялык курамы да ар кандайча экени ар бирибизге тааныш. Жашоо сууда жаралганы биология ж.б. табигый илимдер тарабынан далилденген. Суу уникалдуу физикалык жана химиялык касиеттерге ээ болгондуктан, суулуу чөйрөдө жандуу организм үчүн өтө маанилүү болуп саналган биохимиялык реакциялар болуп турат.

Суу менен дарылоо жолдору жана түрлөрү: ичүү, буулоо, сууланган чүпүрөк басуу, сууга жаткыруу, чайкануу жана киринүү.

Кыргыздардын элдик салттуу дарылоосунун эмпирикалык каражаттарынын ичинен ар кыл ооруларды сакайтуу максатында суу менен дарылоо көрүнүктүү орунду ээлеген. Мисалы, Н.Зеланддын маалыматы боюнча кыргыздар менен казактарда «котон жара (сифилис) жана башка оорулардын учурунда сыркоону ачкачылык жана карандай суу менен дарылоо кецири орун алган. Алар оорулууга 14 күндөн 60 күнгө чейин бир аз сүт кошулган кымыран суудан бөлөк эч нерсе беришпейт; өлүм менен алпурушкан өжөр ноокастар күнүнө бир чакадай суу ичишет» [1]. XIX кылымдын аягы XX башында кыргыз табыптары кымыран суу менен дарылоо ыкмасын кецири пайдаланышканы В. Вышпольский жана Л. Пародоксов тарабынан да белгиленген.[2].

XIX кылымдын аягы XX башында кыргыздардын элдик медицинсында адамдын териси анын организмдеги керексиз заттарды бөлүп чыгарган негизги орган экенин билип, суу менен дарылоо ыкмасы элдик гана эмес, расмий медицинада да кецири колдонулуп жана атайы илимий изилдөөлөр жүргүзүлүп келген[3].

Өткөн замандарда кыргыздардын арасындагы суу менен отту фетишизациялоонун калдыктары тууралуу профессор Ф.Ф. Поярков мындай деп жазган: «Кыргыздар тарабынан суу эц ыйык нерсе, ал эми от андан кийин орун алган ыйык нерсе деп түшүнүлөт» [4]. Профессор Таш-Рабаттын негизделиши тууралуу уламыштардын бирине токтолуп келип, качандыр бир кездерде кыргыздар «от менен сууга сыйынышканын» [5] баса белгилейт. Ф. Поярковдун маалыматы боюнча эн же булак оорусун (золотуха) төмөнкүчө дарылашкан: «эки чырак жагып, алардын жанына

булактын суусун коюшат да, бир нече жолу бул сууга ант беришип, андан соң ошол суу менен кулакты жуушат» [6].

Адамдын жашоо-тиричилигинде суу маанилүү ролду ойноорун баарыбыз жакшы билебиз. Мындан сырткары, тегине карай суу булак суусу, дарыя суусу, жер астындагы суу, кудук суусу, тузсуз суу, туздуу суу, туздан арылтылган суу, минералдык суу ж.б. бөлүнүп, өз тегине жараша суунун химиялык курамы да ар кандайча экени ар бирибизге тааныш. Жашоо сууда жаралганы биология ж.б. табигый илимдер тарабынан далилденген. Суу уникалдуу физикалык жана химиялык касиеттерге ээ болгондуктан, суулуу чөйрөдө жандуу организм үчүн өтө маанилүү болуп саналган биохимиялык реакциялар болуп турат.

Суу менен дарылоо жолдору жана түрлөрү: ичүү,буулоо,сууланган чүпүрөк басуу, сууга жаткыруу, чайкануу жана киринүү.

*Суу буусу менен байланышкан дарылоо.* Кусуунун, ич өтүүнүн, күчтүү диарездин натыйжасында денеден суунун буулануу жолу аркылуу жок болуусу ички чөйрөнүн туруктуулугун бузат. Анткени, суу менен кошо денедеге туздун көлөмү да кескин азаят. Ошол себептен, суу менен туздун тең салмактуулугун сактабаган учурда организмдин нормалдуу жашоо-тиричилиги мүмкүн болбой калат.

Дарылоо ишинде ичилген суунун көлөмү менен организмден чыгып турган суунун көлөмүн эске алуу абдан маанилүү. Эгер, денеден бууланып кеткен суунун көлөмү ичинен суунун көлөмүнөн аз болсо, анда бөйрөктөрдүн начарлап, жүрөк-кан тамыр системасы ооруга чалдыккан деген диагноз коюу мүмкүн. Расмий медицинанын бул диагнозун байыркы кыргыз табыптары беш колдой билген. Мисалы, Ф. Поярковдун маалыматы боюнча безгек (лихорадка) ж.б. ооруларды дарылоодо кыргыз тамырчылары суудан башка эч бир тамак-аш ичүүгө тыюу салгандыктан, бир катар күн бою оорулуу адам суткасына төрт чакага чейин суу ичип, бөлөк эч наар алган эмес.

Суу буусу менен байланышкан дарылоо «учуктоо» ыкмасы менен тыгыз байланышкан. «Учукту учук, же учуктама деп аталган ыкма менен дарылоого болот», – деп жазган Ч. Валиханов [7]. «Учуктоо» дарылоо аракетин төмөнкүнү элестеткен: алоолонуп күйүп турган очокко, же отко кандайдыр бир темирден жасалган нерсе (балта, күрөк, орок, балка, үзөнгү, темир, же чоюн идиш, дээрлик көп учурда темир казан ж.б.) кызаргыча ысытылган. Андан соң оорулууну казанга эңкейтип, табып, же эмчи (кээде оорулуу баланын энеси) колундагы чөйчөктөн оозуна толтура суу алып, аны ысык казанга бүрккөн. Дарылоо аракетин ысытылган нерселер муздап, буу чыкпай калганга чейин созулган. Учуктоонун учурунда ысык буудан тердеп чыккан оорулуу дароо эле жылуу жуурканга оролуп, уктатылган. Эреже катары, мындай ыкма жатаар алдында, кечинде же, түн ичинде күн сайын жана 3 күн аралыгында жасалган. Эгерде биринчи дарылоо аракетинен соң оорулуунун ден соолугунда сакаюу байкалбаса, дарылоо аракетинин бүтүндөй комплекси 3 жолу кайталанган.

Кыргыз эмчилери таштар менен да учукташкан. Алдынан сезгенүүнү (гонорея), кургак учукту (туберкулез) жана кабыргадан кагылууну (воспаление легких) дарылоодо ысытылган бирдей өлчөмдөгү жети кара таштын буусу менен дарттууну учукташкан. Мындай дарылоо аракетинин учурунда дарттуу Мекке шаарындагы Кааба ташын (кыбыланы) карап туруусу зарыл болгон. Мындан дарылоонун эмпирикалык каражаттары менен ташка карата фетишисттик мамиленин өз ара жуурулушканын көрүүгө болот.

*Суу чүпүрөктү басуу.* Эмчек шишүү, же эмчек булак (грудница) оорусунда эмчекке кара куурайдын жалбырактары менен анын бышып жетилбеген жашыл бүчүрлөрүнөн жасалган жылуу компресс тартылган. Кара куурайдын жалбырактары менен бүчүрлөрү алдын ала ысык сууга салынып, суудан алып чыгаар замат шишип турган эмчекке абайлап тартылып, үстүнөн чүпүрөк аркылуу таңылган. Мындай компресс күнүнө 2-3 жолу жана 7 күн аралыгында жасалган. Айрым учурларда кара куурайдын жалбырактары менен бүчүрлөрүнөн даярдалган кайнатмага оорулуу эмчекти 20-30 минута буулап дарылоо аракетин менен алмаштырылган. Кээде мындай сууга жаткыруу кадыресе жылуу суунун жардамы аркасында жасалат. Ошондой болсо да, эмчек шишүүнү, же эмчек булакты дарылоодо буулоо процессине артыкчылыктар берилген. Мындай максат үчүн кадыресе ысык суудан да, муздак сууну кызара ысытылган ташка, же темир-тезектерге жаба куюу аркылуу алынган буулар пайдаланылган. Бул учурда тоголок жана кара түстөгү 7 таштын бууларын пайдалануу арбын колдонулган. Буулоодон кийин муздап калган 7 ташты оорулуу аял бир үймөккө чогултуп, ар бир таш менен жерди акырын койгулап, андан соң ошол эле ташты оорулуу эмчегине 3 жолу тийгизген. Мындай дарылоо аракетин ал күнүнө жана 7 күн аралыгында жасаган.

*Сууга чайкануу, же киринүү менен байланышкан дарылоо.* Наристенин териси менен байланышкан ооруларды алдын алуу максатында жаңы төрөлгөн ымыркайды кыргыздар туздуу жылуу сууга жуундурушкан. Кийин да баланы киринтүүдө туздуу жана тузсуз сууларды мезгил-

мезгили менен алмаштырып турушкан, б.а. азыр бала тузсуз сууда киринсе, кийинкисинде аны туздуу сууга жуундурушкан. Тери ооруларын алдын алуу максатында баланы жогорудай ыкма менен жуундуруу жана аталган максатта көлдөрдүн туздуу суусун пайдалануу казактардын элдик салттуу дарылоосунда да кездешет [8]. «Кычыткыны жана башка тери ооруларын алдын алуу үчүн, – деп жазат А.Е. Алекторов, – кыргыздар туздуу көлдөрдүн суусуна жуунушат». Туздуу сууга баласын киринтүү аркылуу анын энеси балам өмүр бою чыдамкай болуп, жарааттар менен азап-тозокторду жеңил көтөрсүн деп үмүт кылган. Ушундай түшүнүмдөргө жетеленген айрым энелер балдарды киринтүүдө жыпар жыттуу атыр самындар менен чарбада колдонулуучу жөн самындарды да алмак-салмак пайдаланган.

Булак эн (золотуха) оорусу абдан күчөп кеткен учурда оорулуу баланы агын сууга, же булакка алып келишкен. Булак жээгинде эки чырак жагылып, оорулууну булак суусуна бир нече жолу таазим кылууга мажбурлашат. Андан соң булак суусу менен оорулуунун кулагын жуушкан. Дарылоого киришип жатып, табып оорулуу баланы булактын түбүнө чөмүлткөн, ошол булактын суусуна киринткен. Жылдын суук мезгилинде аталган дарылоо аракети баланын башы менен кулагын жуу менен гана чектелген. Бул дарылоо аракети бир нече жолу кайталанган [9].

Кулжа районунун жергиликтүү калкы тарабынан ар кыл оору-сыркоолорду дарылоодо минералдык булактарды колдонуусу тууралуу Н.Н. Пантусов туземдиктер тарабынан «арашан» деген аталышка ээ болгон бул минералдык булактар ошол эле туземдиктердин берген баасы боюнча шыпаалуу касиеттерге ээ экендигин жана алардын пикиринде булактагы сууга жаткандар кызыл жүгүрүктөн (ревматизм), булчундун дирилдеп тартылышынан (спазма), тери ооруларынан, сынган сөөк ооруларынан, котон жарадан (сифилис) жана сарт баш котурунан (сартовская парша) сакайып кетишкенин белгилейт [10].

Жер астынан табигый жол менен чыккан жылуу суулар арашан суулары (монголчо аршан – булак) деп аталат. Суунун температурасы 37-42° болсо, булак суусу термалдуу, 20-37° болсо – субтермалдуу, ал эми 42°тан жогору болсо – гипертермалдуу арашан суусу деп аталат. Арашан суулары, негизинен, жер астындагы суудан пайда болот. Суу жер кыртышынын тереңиндеги жогорку температурада болуп турган тоо тектердин арасынан сарыгып өткөн кезде ысып, тектоникалык жаракалар аркылуу жер үстүнө чыгат. Арашан суулары, көбүнчө, жанар тоолуу (вулкандуу) жерлерде, артезиан суулары жайгашкан жана тектоникалык кыймылдар болуп турган аймактарда кезигет. Жазы тоолуу аймактарда ысыган тоо тектер жер бетине жакын жайгашкандыктан, андагы суу тез ысып, сыртка буу, же кайнар булактар (гейзерлер) түрүндө чыгат. Кыргызстанда Жети-Өгүз, Ак-Суу, Ысык-Ата, Жалал-Абад, Жыргалаң курортторунда жана Ат-Башы, Тоң, Кара-Кече, Гүлчө ж.б. жерлерде арашан суулары бар.

Илимий медицинанын минералдуу суулардын пайда болушун, физикалык жана химиялык касиеттерин, касиетин, ооруну дарылоо жана алдын алуу максатында аларды колдонуу ыкмаларын изилдөөчү бөлүгү бальнеология (латынчадан *balneum* – киринүү жана грекчеден *logos* – окуу) деп аталат.

Табигый жана жасалма жол менен даярдалган минералдуу сууларды оорулуунун денесин чыңдоо максатында пайдалануу ыкмасы бальнеотерапия деп аталат. Минералдуу сууларда түрдүү туздар, газдар, радиоактивдүү ж. б. заттар болгондуктан, алардын дарылык таасири ар түрдүү, анткени алардын дарылык касиети минералдуу суунун химиялык, температуралык жана механикалык факторлоруна байланыштуу болот. Бальнеотерапияда минералдуу сууларга түшүү (ванна, душ, бассейн, туздуу көл ж.б.) жана ичүү, органдарды «сугаруу», ооз менен тишти чайкоо, ингаляция, карын жана ичегилерди жууш үчүн сунуш кылынат. Минералдуу суулар жүрөк-кан тамыр, нерв, боор, ичеги-карын, аялдын жыныс ооруларында, тери оорусунда кеңири пайдаланылат. Анткени, минералдуу суунун таасиринен кан менен лимфанын кыймылы тездейт, зат алмашуу күчөйт, ички бездердин иштеши жакшырат. Минералдуу суу ванналары жүрөк-кан тамырдын жана нерв системасынын ишин, организмдеги зат алмашууну, ички бездердин иштешин жакшыртат. Жалпы жана жергиликтүү ванна жүрөк-кан тамыр, муундардын, нерв системасынын, гинекологиялык ж.б. ооруларды дарылоо үчүн пайдаланылат. Минералдуу сууну ичкенде ооз көңдөйүнүн, карындын былжыр челинин рецепторлоруна түздөн-түз таасир этип, карын секрециясын нормалдаштырат.

#### **Колдонулган адабияттар**

1. Зеланд, Н. Киргизы: этнол. сб. / Н.Зеланд // Зап. западно-сиб. отд. Рус. геогр. о-ва. – Омск, 1885. – Кн. 7, №2. – С. 1-78.
2. Вышпольский, В. Медико-топографические очерки Иссык-Кульского уезда (Пржевальского) Семиреченской области с описанием преобладающих болезней в зависимости от почвы, климата и бытовых условий, среди

- населения уезда (за время с 1870-1890 в гражданском населении и с 1884-1894 в военном) [Текст] / В.Вышпольский // Военно-мед. журн. – 1895. – Кн. 10. – С. 149.
3. Атлас ареалов и ресурсов лекарственных растений СССР [Текст]. – М.: Картография, 1983. – 340 с.
  4. Поярко́в, Ф. Из области киргизских верований [Текст] / Ф.Поярко́в // Этногр. обозрение. – 1891. – №4. – С. 21-43.
  5. Поярко́в, Ф. Из области киргизских верований. Джинны [Текст] / Ф. Поярко́в // Этногр. обозрение. – 1894. – №1. – С. 89-99.
  6. Поярко́в, Ф.В. Кара-киргизские легенды, сказки и верования [Текст] / Ф.В. Поярко́в. – Пишпек: Б.и., 1899. – 42 с.
  7. Валиханов, Ч.Ч. Сочинения. Собрание сочинений в I-V томах Алма-Ата 1961-1968.
  8. Харитонов, В.И. Традиционная маги́ко-медицинская практика и современное народное целительство [Текст]: ст. и материалы. – М.: ИЭА РАН, 1995. – 204 с.
  9. Автордун талаа дептери №2, 3.
  10. Пантусов, Н.Н. Сведения о Кульджинском районе за 1871-1877 года. – Казань: Казан. ун-ская тип., 1881. – 226 с.
  11. История становления лекарственной помощи населению Кыргызстана [Текст] / К.С. Чолпонбаев, М.А. Мамбетов, В.Г. Переверзев, С.К. Чиншайлоо. – Бишкек: «Билим куту», 2006. – 193 с.
  12. Алекторов, Н. Е. Материалы для изучения страны, истории и быта киргизов [Текст] / Н.Е. Алекторов. – Оренбург: Б.и., 1892. – Вып. 2. – 28 с.

## **КЫРГЫЗ ҮЙ-БҮЛӨНҮН ЭЛДИК ЭТНОМАДАНИЙ МУРАСЫН САКТООДОГУ НЕГИЗГИ ОРДУ**

**Бексултанова Ч.Д.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия  
Философия жана коомдук илимдер кафедрасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада көйгөйлү маселе болгон элдик этномаданий мурасын сактоодогу кыргыз үй-бүлөсү, негизги инструмент катары каралган. Кыргызстандын түштүктө жайгашкан Баткен облусунда чогултулган этнографиялык талаа материалдарынын негизинде, үй-бүлө ичинде мамилелердин өзгөрүшү, балдарды тарбиялоодогу салтуу билимдерди берүү, элдик маданий каада-салттарга үйрөтүү чагылдырылган.

**Негизги создор:** үй-бүлө, салттуу билимдер, тарбия, сактоо, этномаданий мурас.

## **КЫРГЫЗСКАЯ СЕМЬЯ КАК ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ ЭТНОКУЛЬТУРНОГО НАСЛЕДИЯ НАРОДА**

**Бексултанова Ч.Д.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Кафедра Философии и общественных наук  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Статья посвящена рассмотрению роли кыргызской семьи как важного инструмента в решении проблемы сохранения этнокультурного наследия народа. На основе проведенных полевых этнографических исследований по Баткенской области юга Кыргызстана, освещаются изменение взаимоотношений между членами семьи, место традиционных знаний в воспитании детей, приобщения их к культурным традициям и обычаям народа.

**Ключевые слова:** семья, традиционные знания, воспитание, сохранение, этнокультурное наследие.

## **THE KYRGYZ FAMILY AS A BASIS OF PRESERVATION OF ETHNOCULTURAL HERITAGE OF THE PEOPLE**

**Beksultanova CH.D.**

Kyrgyz state medical Academy I.K. Akhunbaeva  
Department of Philosophy and social Sciences  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article is devoted to the role of the Kyrgyz family as an important tool in solving the problem of preserving the ethno-cultural heritage of the people. Based on field ethnographic research conducted in the Batken region of the south of Kyrgyzstan, they highlight the changing relationships between family mem-

bers, the mechanisms for educating children, introducing them to the cultural traditions and customs of the people.

**Keywords.** family, traditional knowledge, education, preservation, ethno-cultural heritage.

Этнокультурное наследие охватывает все то, что создано и оставлено народами своим потомкам за все время своего существования, независимо от всевозможных исторических поворотов и потрясений. Это наследие, которое помогло каждому этносу сохранить свою культурную идентичность.

В общественной жизни, значение традиционной народной культуры неизменно возрастает, так как она становится единственным средством сохранения языка и уникальных, самобытных традиций, знаний и навыков. Проблема возрождения и сохранения, накопленного столетиями этнокультурного наследия, и их эффективного использования в развитии национальной культуры, приобретает особую актуальность.

Мы понимаем, как все труднее становится сохранить сегодня культурную идентичность нации, ее традиции. [4, с. 18]. Стираются национальные границы, унифицируются жизненные процессы. Осознавая, что этнокультурное наследие наиболее подвержено опасности потери, исчезновения и является наиболее уязвимым к изменениям, одной из приоритетных и первоочередных задач должна стать оперативная деятельность по выявлению и документированию уникальных культурных явлений и пространств, носителей подлинных традиций, что будет способствовать сохранению через передачу этих знаний последующим поколениям.

Процессы глобализации оказывают значительное влияние на современное общество, вызывая кардинальные изменения во всех сферах жизнедеятельности человека. Тенденции развития современного мира способствуют размыванию традиционных ценностей культуры, что ведет к проявлению таких негативных явлений, как: утрата авторитета семьи и брака, насилие в семье, увеличение численности бракоразводных процессов, социальное сиротство детей. Эти процессы являются отражением общего кризиса культурных, духовных, семейных традиций и ценностей современного социума, оказывают деструктивное влияние на нравственное воспитание личности, следовательно, на устойчивость и безопасность в целом.

Кыргызская семья также претерпевала изменения, определяющиеся, в конечном счете преобразованиями в общественных отношениях. Истоки кыргызской семьи уходят в глубокую древность, в эпоху существования этнических общностей, стоявших на стадии первобытнообщинного строя, на базе которых в дальнейшем происходило формирование племен, образовавших впоследствии кыргызскую народность. Эпоха разложения первобытнообщинных отношений и зарождения классового общества (VII-III вв. до н.э.) была эпохой укрепления патриархальной семейной общины и ее превращения (примерно с середины I тысячелетия до н.э.) в господствующую форму семейных отношений. Во второй половине I тысячелетия н.э. начали возникать, а с X-XI вв. стали господствующими патриархально-феодальные отношения и преобладающую роль начала играть малая семья. [1, с. 22]. В XX в. кыргызская семья – и большая, и малая – распалась на несколько типов в зависимости от исторического развития и культурологических изменений. XX век характеризуется сосуществованием различных типов семей патриархально-феодального общества.

Во всех формах семейных и брачных отношений кыргызов главенствующую роль занимал мужчина. Абсолютное право собственности было сосредоточено в руках главы семьи, и наследниками становились только сыновья. Дочери не имели никаких прав на наследство, наоборот, они сами составляли в известной мере доходную статью для семьи в форме калыма.

Важным фактором в процессе формирования нравственных ценностей у кыргызов являлось воспитание детей, приобщение к культурным традициям и обычаям народа. Разделение сфер деятельности в быту было настолько строгим, что входило в сознание как нечто обязательное, и матери должны были строго следовать ему при воспитании детей. В результате мальчика готовили к «внешней» жизни, а девочку только к домашним делам и материнству. [3, с. 77]. Ей постоянно внушалось, что семья – это единственное прибежище и опора женщины, смысл ее существования, поэтому судьба женщины вне семьи и детей расценивалось обществом однозначно как несостоявшаяся и бесполезная. Детям с малолетства прививалось послушание и почтительное отношение к родителям, уважение к старшим. Эти правила строго соблюдались в быту, и в процессе воспитания становились нравственной привычкой, нормой общения. [2, с. 98]

Следует отметить, несмотря на то, что в кыргызском обществе имело место значительное неравноправное положение мужчин и женщин, правовое положение женщин-кыргызок было достаточно высоким, а отношение к ним более гуманным по сравнению с другими народами Центральной Азии.

Таким образом, в традиционном патриархальном кыргызском обществе существовали определенные стереотипы поведения мужчин и женщин в семье, обществе, модели гендерных отношений, которые поддерживались и передавались из поколения в поколение. Историко-культурные и нормативно-правовые факторы обеспечивали эту преемственность, регулировали самые разные стороны общественной, семейной жизни, определяли статус мужчины и женщины, их права и обязанности, санкции за нарушения.

В настоящей статье, на основе проведенных нами полевых этнографических исследований по Баткенской области, освещается роль семьи в деле сохранения этнокультурного наследия, выраженного основными видами кыргызского декоративно-прикладного искусства: изготовление войлочных ковров и предметов домашнего обихода из орнаментированного войлока; плетение узорных циновок из степного растения “чий”; ткачество (ворсовое и безворсовое); вышивка – по коже, войлоку, шерстяной, шелковой, хлопчатобумажной ткани; курак – создание орнаментальных композиций из разноцветных лоскутков ткани, изготовление узорных изделий из кожи, резьба по дереву; обработка металлов [2, с. 17].

Баткенская область в юго-западной части Кыргызстана, граничит: на юге, западе и северо-западе с Таджикистаном, на севере – с Узбекистаном, на востоке – Ошской областью. Площадь области составляет 17 000 кв.км. или 8,5% от всей территории страны. Область занимает южную предгорную часть Ферганской долины с передовыми цепями, отрогами и предгорьями Туркестанского хребта и Алайского хребта. Высокогорные районы являются регионом традиционного проживания кыргызов-кочевников (скотоводов), занимающих абсолютное большинство населения области. Однако в силу своего приграничного положения с Таджикистаном и Узбекистаном, в области высока доля национальных меньшинств. В 2009 г. в области проживало 433 800 чел., т.е. 8% населения страны. [7, с. 224.]. Для области характерна высокая рождаемость, низкая смертность, высокий естественный прирост и значительный уровень внутренней и внешней миграции.

Эти виды народного творчества концентрируют в себе традиционные знания, ремесленные навыки, технологии изготовления, семантику орнамента, одновременно отражая мировоззрение и дух нашего этноса, прошедшего столь трудный путь развития и сохранившего эти традиции до наших дней.

В кыргызской традиционной семье издревле сложилось, что женщине предназначалась роль хранительницы домашнего очага, мастерицы-рукодельницы, примера для дочерей. Ее мастерство проявлялось в изготовлении традиционной одежды, предметов внутреннего убранства жилища. Сегодня технологии, связанные с традиционной одеждой, проявились в пошиве национальной одежды для свадебных торжеств, для детей, как атрибут школьной формы. Например, в селе Кара-Жыгач Кадамжайского района Баткенской области работает швейный цех, выполняющий заказ по пошиву школьной формы с национальными элементами для 1-4 классов [5, с. 13]. Цех возглавляет супружеская чета Баймурзаевых. Для открытия швейного цеха они воспользовались системой микрокредитования, ставшего основным подспорьем для развития семейного бизнеса. Таким образом, данный вид ремесленничества развивается успешно, имеет налаженный вид производства, принося немалый доход многодетной семье.

Изготовление предметов внутреннего убранства традиционного жилища – юрты (боз уй), является кропотливым и трудоемким процессом. Если учесть, что ремесленничество у кыргызов не было самостоятельной профессией, каждая кыргызская женщина должна была владеть навыками ткачества. Все женское население исследованных селений обладает навыками вышивать, шить, ткать безворсовые ковры (килем). Отметим, что среди них выделяются наиболее искусные, известные за пределами своих сел мастерицы. Например, Мусаева Батма из с. Кароол, Шамшиева Турган с. Майдан Кадамжайского района Баткенской области [5, с. 7]. Внутреннее убранство войлочной юрты выполняется ими на заказ, как и многие другие изделия. Зачастую, чтобы выполнить заказ в срок, мастерицы привлекают к работе соседских девушек и женщин. Здесь же обучают их навыкам нанесения узора, разнообразным способам вышивания, умениям выбирать приемлемые цветы и окрашиванию шерстяных нитей. В последнее время в продаже появились юрточные железные каркасы (кереге) и фабричные войлочные покрытия (узук-туурдук) китайского производства.

Исследования показали, что методы ткачества (“терме”, “беш кеште”, “кажары”), изображенные узоры и выбранные цвета являются важнейшими частями ткачества. Наиболее распространенным из трех видов ткачества в исследуемой зоне явилось “терме”. Отрезы, сотканые этим способом, были шириной от 3 до 45 см. [6, с. 13.]. В последующем они могли сшиваться в одно большое полотно. Многие вещи с изображением орнаментов сотканы способом “терип-согуу”,

требующим математической точности. Способом “терме” мастерицы ткнут детали юрты: “уук тизгич”, “кереге баш чалгыч”, “узун боо”, “жел боо” (тундук боо, тастар боо); детали – украшения “кылдырооч”, “тегирич”, “кереге тануулар”. Кроме этого изготовляли напольные или настенные прочные и красивые полотна – “шалча”, конские попоны, необходимый при перекочевках “куржун”, специальные мешочки (для чая – “чай баштык”), для соли – “туз баштык”, для посуды – “аяк кап”) и другие предметы для хозяйства. На пол стелят сотканые способом “терме” половики, называемые “таар” [6, с. 18.].

Рукодельницы выбирают цвета в зависимости от того, как изделия будут использоваться, подразделяя их на основные (белый, черный, красный, желтый, зеленый, голубой) и вспомогательные (сочетание двух основных цветов, например, черно-белый, красно-синий, желто-зеленый). [7, с. 19.] Множество оттенков получали при смешивании основных цветов (белый и черный цвета, получали “пестрый” – “ала-бука”, серо-красный и т.д.)

Методом “кажары” мастерицы пользуются при изготовлении веревок и завязок юрты (боочуу), т.е. “кереге тангыч”, “тегирич”, мешков (кап). Основной фон “беш кеште” обычно бывает ярким, белого или желтого цвета. Шерсть для “беш кеште” прядут на обычной прялке “ийик” очень тонко и красят в яркий цвет. В свои изделия, мастерицы из юга, и севера, в большинстве случаев, используют узоры группы “кыял”, встречающихся на всех вещах, изготовленных на ткацком станке “орнок”. Ит куйрук (хвост собаки) – орнамент, изображающийся на различных тесемках, планках. Иногда женщины называют его “толкун” (волна). Карга тырмак(коготь вороны)–один из видов орнамента, у которого совпадает и название и вид, в Баткене его называют “карга бут” (лапа сороки). “Тоок коз” (куриные глаза), “бото коз” (верблюжий глаз), “торпок коз” (телячьи глаза) часть встречаются в орнаментах по краям предметов. Тумар (талисман)-ромбовидный, геометрический узор. Молодая мастерица Койчиева Шарапат (с.Майдан) поведала, что их семья уверена в охранительной функции от сглаза узора “тумар”. Во всех исследованных селах мы обнаружили узоры на всех изделиях, применяемых в быту. В селах Кара-Кыштык, Пум и Аустан большая часть изделий была подготовлена для продажи на рынке в городе Кызыл-Кия.

Вышивка “басма”, “крест” на всей территории Кыргызстана широко представлена различными предметами приданого невесты (тошок, жаздык, дасторкон, жабуу, кошого). Как и во всем южном регионе, в Кадамжайском районе сохранилась традиция для девушек на выданье вышить своими руками свадебную занавесь – “кошого” [6, с. 19] Другие предметы могут быть вышиты ее матерью или родственницами. Однако, как правило, приданое заказывается мастерицам, что также является для них одним из источников их дохода.

Используемые в ковроткачестве, вышивке, лоскутном творчестве умения и навыки, цвета, советание узоров, их наименования, изготовление множества предметов и вещей – есть огромное достижение в культуре кыргызского народа, требующего бережного отношения и сохранения для последующих поколений. Это стало возможным благодаря нашим бабушкам и матерям – мастерицам, сохранившим и сумевшим донести до нас эти бесценные знания.

#### **Библиография:**

1. Антипина. К.И Особенности материальной культуры прикладного искусства южных киргизов: По материалам, собранным в южной части Ошской области Кыргызской ССР./К.И. Антипина. – Фрунзе, 1962. – 285 с.
2. Акматалиев А.С Кыргыздын колдонмо-жасалга онору./А.С. Акматалиев. – Бишкек, 1996. – 328 с.
3. Акматалиев А. Кыргызская национальная одежда. /А.С. Акматалиев. – Фрунзе, 1988. – 54 с.
4. Мальчик А.Ю. История кыргызского народного прикладного искусства: эволюция кыргызского орнамента с древнейших времен до XX в./А.Ю. Мальчик. – Бишкек, 2005. – 136 с.
5. Полевая тетрадь (июнь-июль 2014 г.) Баткенская область Кадамжайский район.
6. Полевая тетрадь (август 2015 г.) Баткенская область Лейлекский район.
7. Перепись населения и жилищного фонда Кыргызской Республики 2009 г./ Перепись населения и жилищного фонда КР 2009 г./ – Бишкек, Национальный статистический комитет КР, 2010. – Т.III. Регионы Кыргызстана, Баткенская область. – с 221-224. – 234 с.

УДК 617.7

## **ФИЛОСОФСКОЕ ОСМЫСЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ЗРЕНИЯ» В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**Маралбаева А.А.**

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

г. Бишкек, Кыргызская Республика;  
Кафедра философии и общественных наук  
**Маралбаева А.А.** – аспирант каф. офтальмологии КГМА, e-mail:

**Резюме.** «Зрение» один из важнейших способов восприятия действительности, данных человеку природой. Осмысление понятие «зрения» в современном информационном обществе, включает социально-психологический анализ адекватного воздействия на сознание, что является одной из задач философии и медицины.

**Ключевые слова:** зрение, медицина, философия, миопия, глаза, сетчатка.

## **АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ «КӨРҮҮ» ТҮШҮНҮГҮНҮН ФИЛОСОФИЯЛЫК ЧЕЧМЕЛЕНИШИ**

Көрүү – бул адам баласынын жаратылыштагы маалыматтарды чыныгы кабыл алуусунун бирден-бир маанилүү ыкмалары болуп эсептелет. Азыркы маалыматтык коомдо адам баласынын «көрүү» түшүнүгүнүн боюнча социалдык психологиялык көйгөйлөрү жана аң сезимине адекваттык таасирлери философиянын жана медициналык учурдагы бирден бир маселелерин камтуу менен аларды чечүү жолдорун табууга арналган.

**Түйүндүү түшүнүктөр:** көрүү, медицина, философия, миопия, көз, көздүн торчосу.

## **PHILOSOPHICAL REFLECTION OF THE CONCEPT OF "VISION" IN THE MODERN WORLD**

Vision is one of the most important ways of perceiving reality given to man by nature. Understanding the notion of "view" in the modern information society includes a socio-psychological analysis of the adequate impact on consciousness, which is one of the tasks of philosophy and medicine.

**Key words:** vision, medicine, philosophy, myopia, eyes, retina.

Издавна поэтическая традиция называла глаза «зеркалом души». Эта метафора сохранялась на протяжении столетий, потому что в таком поэтическом образе явно присутствует нечто подлинное, реальное. Глаза действительно дают нам объективную информацию о наших эмоциях, состоянии здоровья, о том, как мы воспринимаем мир. [1]

Когда ученые объясняют феномен зрения, они часто начинают сравнивают глаз с фотоаппаратом. Свет, подобно тому как это происходит с линзами аппарата, попадает в глаз через небольшое отверстие – зрачок, расположенный в центре радужной оболочки глаза. Радужная оболочка («вход») и склера (белок глаза) – видимые органы. Пройдя через зрачок, свет попадает на фокусирующую линзу (хрусталик) человеческого глаза. Таким образом, роговица, радужная оболочка, склера (белок глаза) и зрачок – это видимые части глаза, тогда как хрусталик и сетчатка – органы, невидимые для внешнего глаза, который заглядывает снаружи. Далее свет направляется на заднюю стенку глаза – сетчатку, в результате чего в мозгу возникает определенная картинка (образ, изображение). Точно так же, когда свет попадает на заднюю стенку фотоаппарата, изображение фиксируется на пленку. Сетчатка покрывает обширную поверхность глазного дна. Это уникальный орган со сложной структурой, не похожей ни на какую другую структуру тела. Сетчатая оболочка глаза состоит из сотни миллионов светочувствительных ячеек, называемых «палочками» и «колбочками». Палочки предназначены для того, чтобы видеть в темноте, и когда они задействованы, мы можем воспринимать невидимое. Колбочки, в отличие от палочек, лучше всего работают при дневном свете. Им нужен свет, чтобы обеспечивать четкий фокус изображения и ясное центральное зрение. Самая высокая концентрация колбочек – в той области сетчатки, которая называется макулой («пятном»). На глазном дне в центральной части макулы («пятна») расположена fovea centralis («глазная ямка», или фовеа): именно эта область делает возможным наиболее острое зрение. До 90% всей информации о мире мы получаем через зрение. Проблемы со зрением у 30% жителей планеты. Число инвалидов по зрению до 500 тыс. человек. Проблема «молодеет» среди поступающих в школу детей – 4% с нарушением зрения, среди выпускников – уже 40%. Тенденция к ухудшению зрения связана с резким увеличением зрительной нагрузки в последние годы. По мнению специалистов, причина заключается в масштабном развитии современных технологий и повсеместном использовании электронных девайсов. [2]

Факторы, влияющие на зрение:

1. Компьютер

2. Искусственное освещение
3. Интерактивные доски
4. Телевизор
5. Дисплеи сотовых телефонов

Виноваты, конечно, не сами изобретения, а неконтролируемый контакт человека с ними: постоянная работа за компьютером в рабочее время сменяется чтением, интернет-сёрфингом, играми в свободное время. Безусловно, это приводит к постоянному перенапряжению и усталости глаз [3].

#### **Социальная миопия (близорукость): культурная тенденция «верхоглядства»**

Роберт Келлум (Нью-Йоркский университет, Бингхэмптон) в своей кандидатской диссертации (1996 г.) обращает внимание на проблему «капитализм и глаза». Он выдвигает следующий тезис: в древности люди, чтобы выжить, полагались на периферическое зрение. Они выходили в окружающий мир, чтобы добыть себе пропитание охотой или выискать (вырастить) съедобное растение. Тут мы имеем дело со взглядом, направленным вовне. «Тогдашняя социальная система была построена на принципе «каждый сам за себя», – пишет Келлум. В свете наук, изучающих проблемы зрения, такие смотрящие особи обладали дальновзоркостью, то есть они видели отдаленные объекты лучше, чем объекты, находящиеся вблизи. Келлум доказывает, что за прошедшие семьсот лет в том, как мы смотрим на мир, произошли изменения: можно заметить сдвиг от направленного вовне, дальновзоркого взгляда к сосредоточенному взгляду, направленному вовнутрь. Параллельно этому сдвигу восприятия происходил и сдвиг биологический. Как заявляет Келлум, «...поскольку, взгляд направляется внутрь, на «Я» и на тело, разум начинает развивать типы восприятия, свойственные близорукому существу». В центре мышления оказывается «Я». Тело индивидуума теперь становится границей «внешнего» фокуса зрения. Глаза начинают использоваться для выполнения задач, требующих ближнего взгляда. Сознание становится близоруким, оно видит все так, как если бы весь мир существовал рядом, поблизости». Основываясь на этом утверждении, можно провести параллель между близорукостью и нашим обществом, все более сосредоточивающимся на «Я». Ведь теперь сходят на нет былые устремления охотника и собирателя, чья дальновзоркость включала в себя понимание родства человека со своей семьей или племенем, зависимость от таких ресурсов природы, как животные или растения. Во времена беззаботного Социализма у людей зрение портилось и они ходили в очках. Символом плохого зрения тех лет мог быть известный деятель международного коммунистического движения Лейба Давидович Бронштейн, больше известный под уголовной кличкой как Лев Троцкий. На всех известных фотографиях Троцкий в корректирующих очках.

Хотя прогресс шагнул немного дальше, и человечество вместо очков стало носить линзы или ещё хуже, делать операции непосредственно подрезая свои глаза. Очкатых лидеров уже не увидишь, да и очки уже не символ интеллигентного и умного человека, да и умным человеком сегодня быть уже не модно. Дело в том, что во все эти времена, несмотря на то, какое бы мировоззрение не доминировало, зрением человека управляла другая, своя философия, которая и не давала людям улучшить возможности своих глаз. **Суть этой философии проста и она в следующем – "зрение процесс механический и материальный". Именно поэтому я и начала эту статью с эпохи социализма и идеологии материализма, но именно такой материалистический подход к зрению и доминировал во все времена и доминирует сегодня. А из такого подхода следуют и все возможности по улучшению зрения, которые по своей сути механистичны и материалистичны.** Очки и линзы – оптические механизмы, капли и таблетки – химические препараты, операции – так же, прямое физическое воздействие на глаза. Научно доказано, что зрение на 90% зависит от деятельности мозга и с каждым годом научных исследований этот процент увеличивается, не в пользу механических процессов. Зрением человека управляют глобальные установки, ставшие мировоззрением самого человека, его личной философией [4].

Проблемы со зрением – предмет серьезной озабоченности современного мира в сфере философии и медицины. Однако существенных сдвигов в этой сфере, как показывает мировой опыт, невозможно достигнуть без опоры на фундаментальную науку. Бурные открытия новых инновационных и технических технологий, длительная работа за компьютером и гаджетами, отсутствие живого общения, присутствие стресса, акцентируют диссонанс темпа экологических, экономических и социальных изменений с эволюционно обусловленной динамикой психосоматики людей. Поэтому философское осмысление новых проблем, связанных с невидимой со стороны интеллектуальной деятельностью, становятся стержневым компонентом инновационной экономики.

*Список использованной литературы:*

- 1) Каплан Роберто Сознательное зрение// - М Медицина, 2002 г. - С. 1-2.
- 2) Копаева В.Г. Глазные болезни: учебник под редакцией В.Г.Копаевой - М.: Медицина, 2002 г. – С. 5-7.
- 3) Евгений Слогодский Самопознание// Нижний Новгород// Электронный ресурс// [https://samopoznanie.ru/articles/filosofiya\\_plohogo\\_zreniya/](https://samopoznanie.ru/articles/filosofiya_plohogo_zreniya/)
- 4) Клепикова Ю.А., Андреева Н.М. Зрение – важный фактор восприятия мира // Естественные науки: сб. ст. по мат. XXII-XXIII междунар. студ. науч.-практ. конф. №8-9(22).  
URL: [http://sibac.info/archive/nature/8-9\(22\).pdf](http://sibac.info/archive/nature/8-9(22).pdf).

## СОДЕРЖАНИЕ

1.	ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО РЕКТОРА КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА	4
2.	100-ЛЕТИЮ АКАДЕМИКА КАКИШ РЫСКУЛОВНЫ РЫСКУЛОВОЙ	5
3.	ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ	7
4.	ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА	78
5.	ПРОБЛЕМЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ И ОФТАЛЬМОЛОГИИ	148
6.	ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	176
7.	ВОПРОСЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ	198
8.	ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ДИСЦИПЛИНЫ	250
9.	АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	272
10.	ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ	294
11.	СЕКЦИЯ ГУМАНИТАРНЫХ ДИСЦИПЛИН	339