

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Медицинский факультет



МЕДФАКУЛЬТЕТУ 25 ЛЕТ

**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ**

**Сборник статей
республиканской научной конференции,
посвященной 25-летию медицинского факультета
Кыргызско-Российского Славянского университета**

ВЫПУСК 19

БИШКЕК – 2019

**УДК 616
ББК 53
П 78**

Рекомендовано к печати Ученым советом
медицинского факультета и Научно-техническим советом
КРСУ

Рецензенты: Д-р мед. наук, профессор Тухватшин Р.Р.,
заведующий кафедрой патофизиологии КГМА.

Д-р мед. наук, профессор Касиев Н.К.,
заведующий кафедрой общественного здоровья
и здравоохранения КРСУ.

Редакционный совет: А.Г. Зарифьян (председатель),
Б.А. Какеев, С.Дж. Боконбаева, Г.У. Асымбекова, Б.Х. Бебезов,
Т.А. Осмонов, И.С. Сабилов, Н.А. Токтогулова, А.Б. Мамытова,
С.С. Борсокбаева, И.Л. Борисова (члены совета).

**П 78 Проблемы и вызовы фундаментальной и
клинической медицины в XXI веке: (сб. науч. тр.) вып. 19. –
Б.: 2019. – 304 с.**

ISBN 978-9967-08-623-4

В сборнике рассматриваются вопросы клинической и
профилактической медицины, медико-биологические
проблемы, а также интеграция науки и образования.

Жайнакта клиникалык жана алдын алуу медицинанын,
медико-биологиялык көйгөлөрүнүн масемлери жана ошондой
эле илим жана билим берүүнүн интеграциясы каралган.

The collection of research works covers of clinical and
preventive medicine, medical and biological problems, as well as
the integration of science and education.

**П 4108000000-19
ISBN 978-9967-08-623-4**

**УДК 616
ББК 53
© КРСУ, 2019**

ПРИМЕРЫ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ КРСУ

И.А. Абдумаликова, Е.Г. Филипченко, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Интеграция отечественного медицинского образования в европейское образовательное пространство подразумевает многоплановое реформирование системы высшего медицинского образования в Кыргызстане. Одним из аспектов реформирования образования является переход от сложившейся системы «поддерживающего обучения», где педагог являлся транслятором знаний, к инновационному, проблемно-ориентированному, лично-ориентированному обучению, которое отличается акцентом не на фактах, а на смысле получения знаний, где педагог является модератором.

На кафедре патологической физиологии медицинского факультета КРСУ применяются интерактивные методы обучения. Удельный вес таких аудиторных занятий проводимых в подобной форме составляет 20% и определён содержанием рабочей программы дисциплины. Успешно освоить педагогам методы интерактивного обучения помогают курсы повышения квалификации, проводимые кафедрой психологии гуманитарного факультета КРСУ.

Целью настоящей работы явилось теоретическое обоснование и практическая апробация компетентностно-ориентированного подхода к обучению патофизиологии студентов третьего курса медицинского факультета.

Методы интерактивного обучения имеют следующие характеристики:

1. Студенты работают вместе над общей задачей или проблемой.
2. Студенты работают в малых группах от 3 до 5 человек.
3. Учащиеся используют совместное приемлемое поведение для достижения общих задач или проведения обучающей деятельности.
4. Учащиеся являются позитивно независимыми. Работа структурирована таким образом, чтобы им требовалась помощь друг друга, и в тоже время, они были индивидуально ответственными за свою работу и результаты обучения.

Интерактивные методы обучения позволяют развивать:

- коммуникативные навыки;
- презентационные умения;
- интерактивные умения, позволяющие эффективно взаимодействовать и принимать решение;
- аналитические и экспертные умения и навыки;
- креативность.

Интерактивные методы обучения:

- дают возможность обмена информацией, разделённой между учащимися;

- мотивирует учащихся изучать материал;
- способствует формированию у студентов своих собственных знаний;
- формирует обратную связь;
- развивают социальные и групповые навыки, необходимые для достижения успеха вне учебной комнаты;
- дают возможность позитивного взаимодействия между членами различных социальных групп.

На кафедре патологической физиологии используются методы кластеров, «мозаика», «карусель», синквейн, диаграмма Венна. Представим вашему вниманию некоторые из них.

Кластер. Большая группа делится на подгруппы от 3 до 5 человек. Общая тема разбивается на более мелкие проблемы по числу групп. Раздаются листы бумаги и фломастеры. Каждая тема, проблема, ключевое слово пишется в верхней части листа, оставшееся место – для записи связи между объектами и явлениями. Студентами группы в течение 20 мин разрабатывается своеобразная презентация темы или проблемы, поставленной педагогом, устанавливаются подходящие связи (как можно больше связей) между понятиями, идеями (количество идей не ограничивается). Этот метод активизирует всех членов группы. Далее, каждый из них может исполнять роль, как участника дискуссии, так и докладчика (рисунок 1).



Рисунок 1 - Пример кластера

Оценить участие каждого студента можно по следующим критериям в баллах согласно принятой на кафедре бально-рейтинговой системе (БРС):

- умение формулировать основные положения и главные мысли;
- степень осознанности и понимания материала;
- языковое оформление ответа;
- эмоциональность доклада;
- грамотность и простота оформления кластера;
- логическое обоснование;
- структурированность материала;
- примеры в практической деятельности.

Синквейн- (рисунок 2) (от ф.cinquains,англ.cinquain) — пятистрочная стихотворная форма, возникшая в США в начале XX века под влиянием японской поэзии. В дальнейшем стала использоваться (в последнее время, с 1997 года, и в России) в дидактических целях, как эффективный метод развития образной речи, который позволяет быстро получить результат). Ряд методистов полагает, что синквейны полезны в качестве инструмента для синтеза сложной информации, в качестве среза оценки понятийного и словарного багажа учащихся.

Дидактический синквейн развился в практике американской школы. В этом жанре текст основывается не на слоговой зависимости, а на содержательном и синтаксическом значении каждой строки.



Рисунок 2 – Синквейн

Первая строка — тема синквейна, включает в себе одно слово (обычно существительное или местоимение), которое обозначает объект или предмет, о котором пойдет речь.

Вторая строка — два слова (чаще всего прилагательные или причастия), они дают описание признаков и свойств выбранного в синквейне предмета или объекта.

Третья строка — образована тремя глаголами или деепричастиями, описывающими характерные действия объекта.

Четвертая строка — фраза из четырёх слов, выражающая личное отношение автора синквейна к описываемому предмету или объекту.

Пятая строка — одно слово, характеризующее суть предмета, свойство его, синоним (рисунок 3).

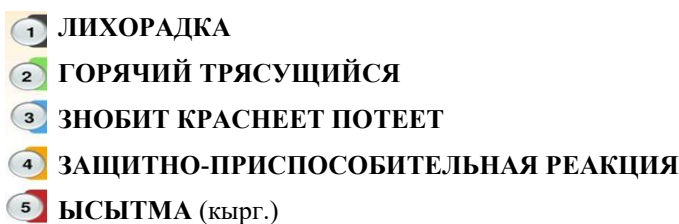


Рисунок 3 - Пример синквейна к термину «Лихорадка»

Написание синквейна является формой свободного творчества, требующей от студента умения находить в информационном материале наиболее существенные элементы, делать выводы и кратко их формулировать. Это возможность научиться излагать сложные идеи, чувства и представления в нескольких словах. Процесс составления синквейна способствует лучшему осмыслению темы.

Диаграмма Венна.

Эта диаграмма (рисунок 4) составляется из двух или более окружностей, которые пересекаются. В поле каждой окружности записываются, например отличительные признаки сравниваемых понятий, а в тех местах, где они пересекаются нужно отметить общие черты.

После таких занятий студенты часто делятся впечатлениями. Работу по такой технологии они чаще всего характеризуют фразами: «Это интересно!», «Не обычно!», «Давайте, еще проведем такое занятие!» Преимуществом таких занятий в сравнении с традиционной методикой, по мнению студентов, выступает развитие профессионального врачебного мышления, коммуникаций, умения выслушать чужое мнение и публично выступить.

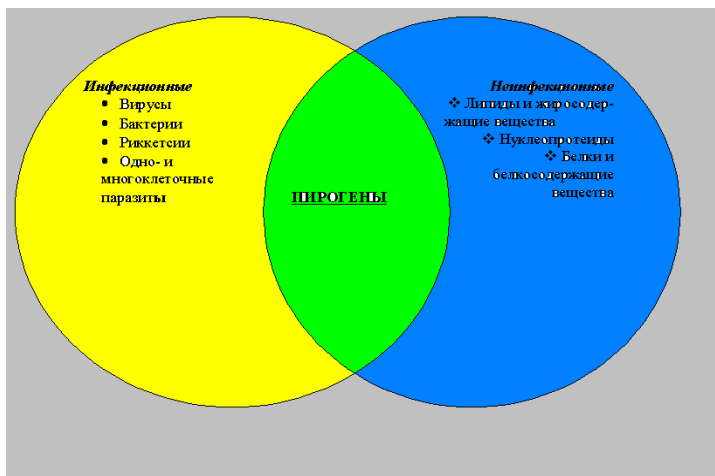


Рисунок 4 - Диаграмма Венна «Пирогены»

Интерактивные занятия действительно учат мыслить в процессе работы, всесторонне анализировать, а так же учат возможности проявить свою активность, спорить, дискутировать, развивать творческие способности. В качестве недостатков в сравнении с традиционной формой обучения студенты выделяли следующие моменты: «Иногда бывает сложно!», «Не хватает времени, чтобы высказать свою точку зрения, обсудить тему!».

В заключение отметим, что данный способ инновационного обучения позволяет не только увидеть влияние технологии на развитие личности студента, как будущего профессионала, не только узнать отношение студента к происходящим с ним изменениям, но и обосновать качество тех или иных педагогических воздействий. При этом варианты кластеров, синквейнов, подготовленные группой или студентом, каждый раз оказываются для преподавателя полной неожиданностью, поэтому ведение подобного занятия всегда требует от него готовности отвечать на нестандартные вопросы, разрешать проблемные ситуации. Эти занятия невозможно провести «пошаблону». Даже если в двух группах эти занятия ведутся по одной и той же теме, они проходят совершенно по-разному, потому что ответы и реакции студентов всегда непредсказуемы: Несомненно, это означает, что данные интерактивные методы – отличное средство и для развития мышления не только студента, но и самого преподавателя.

Таким образом, в отличие от знаний и умений, компетентность имеет личностную основу. Поэтому при переходе к компетентностно-

ориентированному обучению необходимо изменить не только содержание и методы, но и способы взаимодействия, отношение между педагогом и студентом, между самими студентами. Также следует отметить, что перспективы внедрения инновационных методов обучения во многом обусловлены отношением к новым методам обучения непосредственных организаторов и участников образовательного процесса, их готовностью к совершенствованию, опытом и профессиональной позицией.

Литература

1. Баннов, А.М. Синквейн. Учимся думать вместе // А.М. Баннов. - М.: ИНТУИТ. РУ, 2007. – 128 с.
2. Лызь, Н.А. Компетентностно-ориентированное обучение: опыт внедрения инноваций // Н.А. Лызь, А.Е. Лызь / Высшее образование в России. – 2009. – № 6. – С. 29-36.

БЮДЖЕТ ВРЕМЕНИ СТУДЕНТОВ И ЕГО РОЛЬ В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

**М.Р. Ажиматова, У.М. Муратбекова, Н.Р. Рахатбекова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

В современных условиях общество все чаще испытывает дефицит свободного времени. Это связано с непрерывным ростом темпа жизни человечества, развитием науки, нанотехнологий, а обществу приходится сталкиваться с большим объёмом информации, которую нужно обработать, усвоить и правильно воспользоваться [1]. Студенты вузов составляют многочисленную группу лиц умственного труда, деятельность которой сопряжена с рядом особенностей [3,4]. Ими являются значительные временные затраты на учебный процесс, необходимость изучить большое количество дисциплин за короткий срок, отсутствие своевременного питания, что приводит к выраженному нервно-эмоциональному напряжению и снижению резервов здоровья [2]. Ухудшение здоровья студентов в период обучения в вузе в большей степени связано с неблагоприятным воздействием социально-гигиенических факторов среды и наследственно генетической предрасположенностью. Известно, что при поступлении в вуз у большей части студентов происходит изменение привычных жизненных стереотипов, смена места проживания и режима дня. Одним из показателей здорового образа жизни и учебной активности студентов является структура бюджета времени [5,6,7]. В результате неправильно составленного бюджета времени страдает качество обучения, что отражается на квалификации специалистов. Бюджет времени — это распределение всего фонда времени суток (недели, месяца, года и т.д.) на различные виды деятельности, осуществляемые той или иной совокупностью людей.

Целью работы явилось выяснение связей между организацией учебного процесса и бюджетом времени студента, а также возможность разработать рекомендации по их улучшению и эффективности использования.

Материалы и методы исследования

Чтобы изучить распределение суточного фонда времени студентов медицинского факультета, мы разработали специализированную, индивидуальную анкету, которая содержит 12 пунктов. В анкетировании приняли участие 100 студентов 4-го курса Кыргызско-Российского Славянского университета.

Результаты и их обсуждения

В ходе анализа анкет авторы получили следующие результаты. Общая загруженность в день у студентов 4-го курса значительно варьирует. Например, максимальная загруженность в день у студентов составляет — 4,5 – 5,5 часов (рисунок 1).

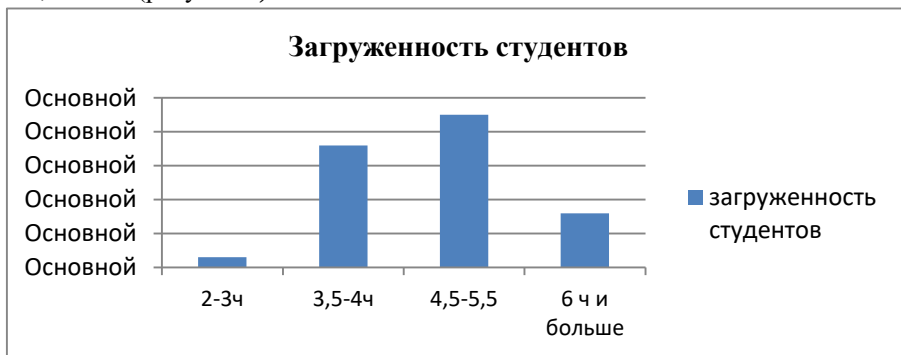


Рисунок 1 - Максимальная загруженность студентов (в часах)

На вопрос: «Удобно ли составлено расписание?», 40% студентов дали отрицательный ответ, а 60% были им довольны.

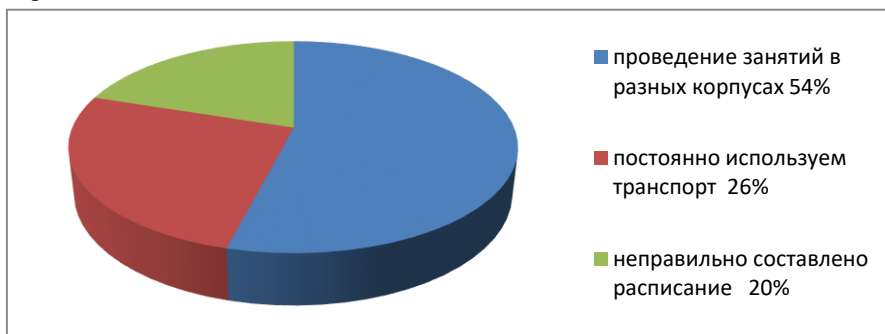


Рисунок 2 - Факторы, влияющие на бюджет времени студента

В основных причинах неудобства опрашиваемые указали то, что учебный процесс проходит в учебных корпусах, удалённых друг от друга, а между занятиями слишком длительные либо слишком короткие перерывы. Кроме того, варьирующее расписание оказывает негативное воздействие на формирование досуга и распределение времени студента (рисунок 2).

На рисунке 3 представлены факторы значительно и незначительно влияющие на формирование бюджета времени студентов, которые считают наличие времени на самостоятельную работу в день и использование услуг городского транспорта для переездов значительно влияющими факторами, тогда как место жительства и семейное положение для них являются незначительными.

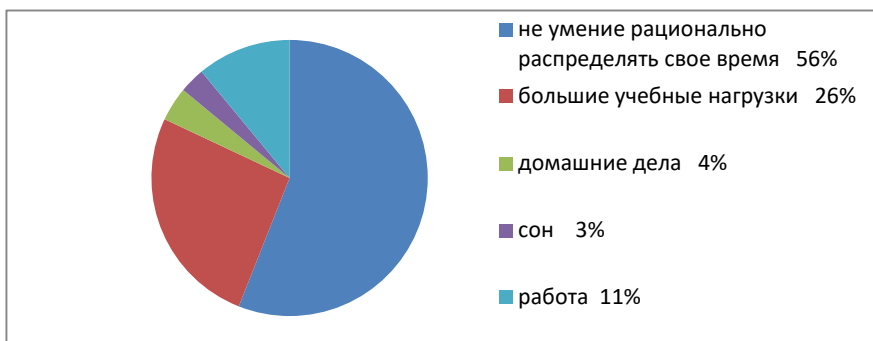


Рисунок 3 - Главная проблема недостатка времени

Таким образом, удалённо расположенные друг от друга учебные корпуса, ежедневная трата времени на переезды, короткие или наоборот длинные перерывы между занятиями, неудобное расписание (слишком загруженный день), отсутствие самоорганизации и дисциплины – все это отрицательно влияет на формирование бюджета времени студентов и требует его коррекции для рационального использования и с целью профилактики потерь здоровья и возникновения переутомления у обучающихся [8,9].

Авторами предложены рекомендации, способствующие созданию здоровьесберегающей образовательной среды:

I. Индивидуальные:

1. Четкое распределение дел по важности и срочности.
2. Режим дня (ведение дневника самонаблюдений, использование мобильных приложений для распределения собственного времени) [7,10,11].

II. Общие:

1. Использование в течение дня разумного чередования труда и отдыха [13,12].
2. Проведение мероприятий в среде студенческой молодежи на темы оптимального режима дня и планирования рабочей недели для студентов, а

также о негативных последствиях нерационального использования бюджета времени [12,10].

Литература

1. Андреенков, В.Г. Показатели использования времени жителями города / В.Г. Андреенков, В.Д. Патрушев. - М.: ИСИ АН СССР, 1988. - С. 125.
2. Артемов, В.А. Социальное время. Проблемы изучения и использования / В.А. Артемов Новосибирск: Наука, 1987. - С. 99-103.
3. Артемов, В.А. Время населения города: планирование и использование / В.А. Артемов, Н.А. Балыкова, З.И. Калугина. - Новосибирск: Наука, 1982.
4. Болгов, В.И. Вне рабочее время и уровень жизни трудящихся / В.И. Болгов. - Новосибирск: Наука, 1964. - С. 155-159.
5. Бурьян, Т.И. Прогнозирование бюджета времени: возможности и проблемы / Т.И. Бурьян, Э.М. Коржева. - М., 1981. - С. 87.
6. Время и его использование / Ред. В.Д. Патрушев. - М.: ИСИ АН СССР, 1988. - С. 253.
7. Время населения: динамика его использования / Ред. В.Д. Патрушев. - М.: ИСИ АН СССР, 1992. - С. 23.
8. Гастев, А.К. Структура свободного времени населения Ленкорани: Социально- профессиональная и возрастная дифференциация / А.К. Гастев, Г.А. Заикина. - М.: Центр.ин-т труда, 1981. - С. 19-23.
9. Зборовский, Г.Е. Досуг: Действительность и иллюзии / Г.Е. Зборовский, Г.П. Орлов. - Свердловск: Средне-Уральское книжное Изд-во, 1970. - С. 170.
10. Методические проблемы анализа данных об использовании времени населения / Ред. В. Д. Патрушев. - М.: ИС АН СССР, 1991. - С. 82-89.
11. Методологические и методические вопросы изучения бюджета времени. Сб. статей в 2-х книгах / Ред. В.Д. Патрушев. - М.: ИСИ АН СССР, 1980. - С. 259-263.
12. Митрикас, А. Время населения в социальном планировании / А. Митрикас. - Новосибирск: ИЭОПП, 1981. - С. 289-292.
13. Семенова, Н.В. Бюджет времени студента / Н.В. Семенова, В.А. Ляпин, Д.З. Амиржанова и др. // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 6. - С. 112-115.

ПОВЫШЕНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН ЧЕРЕЗ РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ В НАУЧНУЮ РАБОТУ

А.В. Романова, К.А. Джайлобаева, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Стремительная модернизация учебного процесса в высших медицинских учреждениях в настоящее время влечет за собой высокие требования к качеству подготовки как студента старшекурсника и

клинического ординатора, так и преподавателя высшей школы. Преподаватели высшей медицинской школы для успешной реализации образовательного процесса должны владеть современными методами преподавания, иметь информацию об инновационных формах и средствах реализации образовательного процесса. Особенно глубокой должна быть такая подготовка в рамках последипломного образования, когда врач начинает приобретать опыт непосредственной профессиональной деятельности в ординатуре [1].

Данная статья отображает возможности раннего привлечения клинических ординаторов в научную работу.

Подробнее описать о ранних методах привлечения ординаторов к научной деятельности хотелось бы на примере Научного медицинского исследовательского центра (НМИЦ) им. академика В.А. Алмазова, г. Санкт – Петербург. Данное учреждение является одним из крупнейших ведущих научных центров России, где проводится большое количество клинических исследований, имеются новейшие технологии в диагностике и лечении заболеваний сердечно-сосудистой системы. НМИЦ им. академика В.А. Алмазова включает в себя множество кардиологических, кардиохирургических отделений, по разным направлениям. Каждое отделение включает в себя два подразделения: научно – исследовательскую часть (НИО) и лечебную часть. У каждого подразделения есть заведующий и коллектив врачей, которые курируют палаты с пациентами.

Важным критерием в обучении специалиста в клинической ординатуре является выполнение научно – исследовательской работы. В частности, в Санкт – Петербургском государственном медицинском университете им. И.П. Павлова, а также в НМИЦ В.А. Алмазова обязательным условием окончания ординатуры является выполнение научного исследования, которое является окончательной дипломной работой [3]. Каждый ординатор НМИЦ самостоятельно выбирает интересующие его области кардиологии, выполняет написание реферата с литературным обзором темы, затем молодого доктора закрепляют за заведующим определенного НИО; учитываются пожелания ординатора и выполняемые на момент работы научных сотрудников, после сформировываются задачи для выполнения научного исследования молодым ученым. В процессе выполнения научного исследования, параллельно, каждый обучающийся должен пройти ряд отделений кардиологии и кардиохирургии в установленные планом сроки, где ординатор курирует палату и занимается лечебной работой. Важно отметить, что в помощь для выполнения исследования, помимо последних новейших технологий диагностики и лечения, предоставляется доступ к электронной библиотеке, с выходом на различные медицинские издания, онлайн – лекции, мастер – классы. Помимо этого, каждую неделю, читаются лекции по кардиологии, эндокринологии, анестезиологии и реаниматологии, основанные на последних гайдлайнах. После прослушивания цикла лекций проводится тест – контроль в режиме онлайн, для оценки освоенных знаний.

Помимо промежуточных тестовых контролей проводятся полугодовые аттестации. Для повышения знаний за время обучения в ординатуре, каждый доктор обязан пройти практические курсы по ЭКГ и ЭХОКГ, которые включают в себя цикл лекций и отработку практических навыков, после завершения которых также осуществляются промежуточные контроли знаний. Принимая во внимание мнения других авторов, можно отметить, что для лучшего освоения материала для обучения специалистов также применяется решение ситуационных задач, написание тематических историй болезней [4]. Практическую значимость имеют, также задания для самостоятельной работы, которые позволяют связать в процессе обучения теорию с практикой [2].

По мере приближения к окончанию клинической ординатуры, в определенный день реализуется защита дипломных работ с докладом, в котором должны отражаться цель, задачи и результаты выполненной работы. Каждая работа оценивается специально созданной комиссией, состоящей из научных сотрудников и заведующих НИО. После защиты научного исследования приглашенной комиссией выставляется оценка за дипломную работу, а также консилиумом решается вопрос о выступлении отдельных ординаторов, чьи работы считаются наилучшими, на ежегодной конференции молодых ученых, в которой могут принимать участие студенты старших курсов, ординаторы и аспиранты. Участие в конференции молодых ученых дает преимущество тем докторам, которые хотят поступать в дальнейшем в аспирантуру. По завершению защиты дипломной работы и участия в конференциях проводится итоговая аттестация с аккредитационным экзаменом. После успешной сдачи экзаменов врачу на официальном уровне вручается диплом и сертификат специалиста, окончившего обучение в клинической ординатуре.

Хотелось бы отметить, что важно привлекать ординаторов к выполнению научных работ с начала клинической ординатуры, обратить их внимание на работу с научной литературой, анализированием литературных источников, правильный набор научного материала и умение делать выводы из полученных результатов, важность чего также отражена в работе некоторых авторов [2]. На кафедре терапии №2 с 2018г. инициировано привлечение молодых врачей в научные исследования по актуальным проблемам внутренних болезней, что, несомненно, оказывает большой вклад в развитие науки отечественной медицины.

Литература

1. Есауленко, И.Э. Теория и методика обучения в высшей медицинской школе: учеб. пособие для системы повышения квалификации дополнительного профессионального образования преподавателей медицинских и фармацевтических вузов / И.Э. Есауленко, А.Н. Пашков, И.Е. Плотникова. - ГОУ ВПО «Воронежская ГМА. им. Н.Н. Бурденко». Воронеж, 2011.

2. Есауленко, И.Э. Теория и методика обучения в высшей медицинской школе: учебное пособие / И.Э. Есауленко, А.Н. Пашков, И.Е. Плотникова. - Изд. 2-е. Воронеж: ИПЦ «Научная книга», 2011. - 384 с.
3. Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры по направлению подготовки 31.08.36 «Кардиология». Санкт – Петербург. - 2015. - С. 6-7.
4. Хороших, Н.В. Особенности преподавания специальных дисциплин в клинической ординатуре, интернатуре в условиях перехода на ФГОС третьего поколения / Н.В. Хороших // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. науч. тр. – 2014. - № 4(39). Часть I. – С. 125-129.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО ДАННЫМ НИИ ХИРУРГИИ СЕРДЦА И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ МИНЗДРАВА КР

М. Шахнабиева, А.К. Джаныбаева, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Врождённые пороки сердца (ВПС) — дефекты в структуре сердца и (или) крупных сосудов, присутствующие с рождения. Большинство пороков нарушают ток крови внутри сердца или по большому (БKK) и малому (МКК) кругам кровообращения [1,2]. Пороки сердца являются наиболее частыми врождёнными дефектами и являются основной причиной детской смертности от пороков развития [3].

Частота ВПС, по данным разных исследователей, колеблется от 4 до 17 на 1000 новорожденных [4,5]. Встречается более 90 вариантов ВПС и множество их сочетаний [6,7]. Наиболее распространенными являются пороки так называемой «большой шестерки»: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), открытый артериальный проток (ОАП), транспозиция магистральных артерий, дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), тетрада Фалло, коарктация аорты [4,8,9].

Проблема врожденных пороков сердца актуальна в Кыргызской Республике. Государственная статистическая отчетность по здравоохранению учитывает лишь незначительную часть врожденных пороков сердца и не дает полного представления об их отдельных видах [10]. По данным научно – исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов при МЗ КР общая выявляемость больных с врожденными пороками сердца составила 6,75 %: новорожденные – 24,12%, дети раннего возраста – 8,93%, дети и подростки – 3,76%, взрослые старше 16 лет – 3,09% [11].

Информация об отдаленных результатах хирургической коррекции больных с пороками сердца крайне ограничена, нет точных данных о

количестве больных, перенесших операцию, попадающих под наблюдение врача, как часто возникает необходимость в повторной операции [12,13].

В основу проекта программы Правительства Кыргызской Республики по охране здоровья населения и развитию системы здравоохранения на 2019-2030 годы «Здоровый человек – процветающая страна» заложен программно-целевой подход и модернизация системы предоставления услуг здравоохранения, куда входит профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний среди населения.

В связи с этим, изучение частоты и структуры врожденных пороков сердца, оценка эффективности диагностики данной патологии с последующей разработкой путей совершенствования выявления данной категории больных является своевременным и актуальным.

Целью исследования явилось изучение структуры врожденных пороков сердца города Бишкек по обращаемости.

Материалы исследования. Для изучения структуры врожденных пороков сердца (ВПС) среди жителей г. Бишкек по обращаемости в НИИХСиТО был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, наблюдавшихся в с 2005 по 2018 годы. Всего в анализ было включено 2567 амбулаторных карт больных с ВПС.

Статистическая обработка данных выполнена с помощью электронных таблиц «Microsoft Excel» и пакета прикладных программ «Statisticafor Windows» 7.0, Stat SoftInc. (США).

Всего проанализировано 2567 амбулаторных карт больных с ВПС, проживающих в г. Бишкеке. Среди больных с ВПС женский пол составил 1428 (55,6%) больных, мужской – 1139 (44,4%).

Пациенты по возрастным периодам Н.П. Гундобина (1982г.) были распределены на следующие группы:

- 1) период новорожденности – 5 (0,2%) больных;
- 2) грудной возраст (до года) – 28 (1,1%) больной;
- 3) преддошкольный (от 1 до 3 лет) – 86 (3,4%) больных;
- 4) дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) – 195 (7,6%) больных;
- 5) школьный возраст: младший (от 7 до 10 лет) – 337 (13,1%) больных,
- 6) школьный возраст: средний (от 11 до 14 лет) – 488 (19,1%) больных,
- 7) школьный возраст: старший (от 14 до 18 лет) – 402 (15,7%) больных;
- 8) юношеский возраст (от 18 до 22 лет) – 109 (4,2%) больных,
- 9) зрелый возраст (с 22 до 60 лет) – 917 (35,7%) больных.

Как видно из рисунка 1, среди обследованных преобладают пациенты школьного возраста (47,9%).

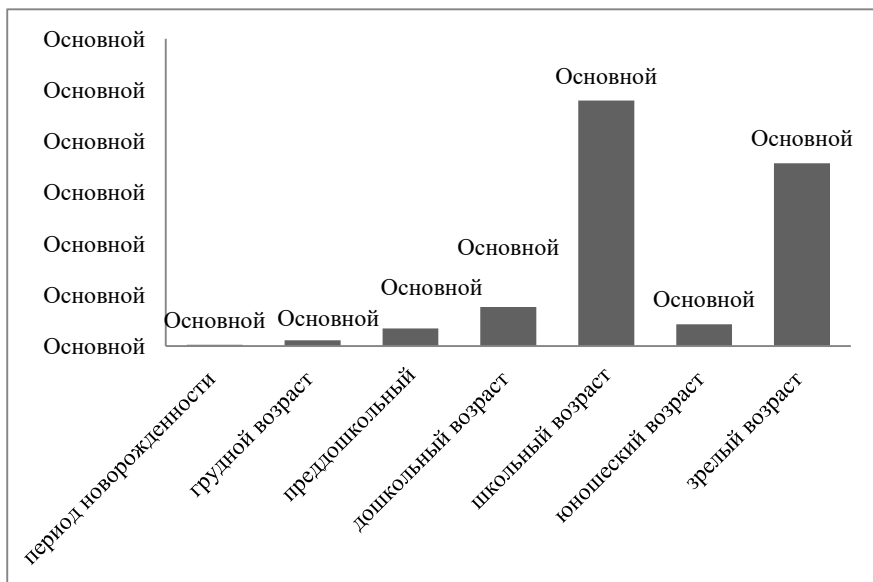


Рисунок 1 - Возраст пациентов с ВПС

Структурное распределение ВПС по г. Бишкеку по обращаемости в НИИХСиТО представлена в таблице 1. Наиболее распространенными ВПС, среди обратившихся за хирургической помощью больных, явились вторичный ДМПП (23,1%; $230,6 \pm 0,8$ на 1000 обследованных), изолированный ДМЖП (19,4%; $193,6 \pm 0,8$), ДМПП по типу ООО (16,9%; $168,7 \pm 0,7$), а также ОАП (9,5%; $95,4 \pm 0,6$) и другие варианты ВПС встречались несколько реже (таблица 1).

Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости стеноза устья легочной артерии ($46,4 \pm 0,4$) и тетрады Фалло ($38,2 \pm 0,4$). С распространенностью более 10,0 на 1000 населения встречались такие пороки, как сочетанные аномалии септальных дефектов (ДМПП с ДМЖП ($34,3 \pm 0,4$), ДМПП с ОАП ($17,1 \pm 0,3$), ДМЖП с ОАП ($12,9 \pm 0,2$), ДМЖП со стенозом устья легочной артерии ($7,0 \pm 0,2$), открытая атриовентрикулярная коммуникация ($10,1 \pm 0,2$). Распространенность других вариантов ВПС не превышала 10,0 на 1000 населения.

Таблица 1 - Структура врожденных пороков сердца г. Бишкек по обращаемости в НИИХСиТОс 2005 по 2018гг. (на 1000 обследованных)

№ п/п	Тип порока	г. Бишкек (n=2567)		P±m
		абс. число	%	
1.	ДМЖП	497	19,4	193,6±0,8
2.	ДМЖП+ОАП	33	1,3	12,9±0,2
3.	ДМЖП+стеноз легочной артерии (СЛА)	18	0,7	7,0±0,2
4.	ДМПП	592	23,1	230,6±0,8
5.	ДМПП по типу ООО	433	16,9	168,7±0,7
6.	ДМПП+ОАП	44	1,7	17,1±0,3
7.	ДМПП+ДМЖП+ОАП	16	0,6	6,2±0,2
8.	ДМПП+СЛА	22	0,8	8,6±0,2
9.	ДМПП+частичный аномальный дренаж легочных вен	10	0,4	3,9±0,1
10.	ДМПП+ДМЖП	88	3,4	34,3±0,4
11.	ОАП	245	9,5	95,4±0,6
12.	Стеноз устья аорты (СУА)	18	0,7	7,0±0,2
13.	Стеноз устья легочной артерии	119	4,6	46,4±0,4
14.	Коарктация аорты	15	0,6	5,8±0,2
15.	ТетрадаФалло	98	3,8	38,2±0,4
16.	Транспозиция магистральных сосудов	13	0,5	5,1±0,1
17.	Общий артериальный ствол	10	0,4	3,9±0,1
18.	Открытая атриовентрикулярная коммуникация	26	1,0	10,1±0,2
19.	Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка	14	0,5	5,5±0,1
20.	Аномальный дренаж легочных вен	10	0,4	3,9±0,1
21.	Аномалия Эбштейна	12	0,5	4,7±0,1
22.	Другие ВПС	235	9,2	91,5±0,6
	Всего пороков	2567	100	1000,0

Примечание - P±m – интенсивный показатель и ошибка репрезентативности

Среди не оперированных больных с ВПС у 182 (9,0%) на момент обследования диагностирована легочная артериальная гипертензия (ЛАГ), в том числе ЛАГ I степени – у 83 пациентов (45,6%), ЛАГ II степени – у 54 больного (29,7%), ЛАГ III степени – у 45 пациентов (24,7%).

Таблица 2 – Структура ВПС среди оперированных больных

№ п/п	Тип порока	Оперированные больные	
		абс.число	(%)
1.	ДМЖП	113	20,8
2.	ДМЖП+ОАП	11	2,0
3.	ДМЖП+СЛА	3	0,6
4.	ДМПП	159	29,2
5.	ДМПП+ОАП	6	1,1
6.	ДМЖП+СУА	2	0,4
7.	ДМПП+ДМЖП+СЛА	5	0,9
8.	ДМЖП+ДМПП+ОАП	6	1,1
9.	ДМПП+СЛА	1	0,2
10.	ДМПП+ЧАД ЛВ	1	0,2
11.	ДМПП+ДМЖП	18	3,3
12.	ОАП	143	26,3
13.	ОАП+СЛА	2	0,4
14.	ТетрадаФалло	44	8,1
15.	АВК	9	1,7
16.	ИСЛА	13	2,4
17.	ДОС от ПЖ	1	0,2
18.	Другие ВПС	7	1,3
	Всего	554	100

Всего было проведено 539 (97,3%) радикальных операций и 15 (2,7%) паллиативных операций с наложением анастомоза. Изолированный дефект межжелудочковой перегородки прооперирован у 113 (20,8%) пациентов. У 39 (34,5%) пациентов он сочетался с другими врожденными пороками сердца (таблица 2). Изолированный ДМПП прооперирован у 159 (29,2%) пациентов. У 37 (23,3%) пациентов отмечено его сочетание с другими врожденными пороками сердца. ОАП был прооперирован у 143 (26,3%) пациентов, в том числе у 19 (13,3%) пациентов в сочетании с другими ВПС. После установления диагноза больным с ВПС было рекомендовано регулярное наблюдение у кардиохирурга в консультативно-диагностическом отделении НИИХСиТО, в зависимости от общего состояния пациентов, от степени легочной гипертензии, от компенсации порока (через 3, 6, 9 месяцев, 1, 1,5, 2 года). Однако 1386 пациентов (53,9%) посетили кардиохирурга всего однажды. Остальные больные (1182 (46,1%)) наблюдались у кардиохирурга в специализированном учреждении намного чаще.

У 6 (1,1%) больных в отдаленном периоде после оперативного лечения был летальный исход, в связи с религиозными причинами родственники всех больных отказались от вскрытия, не было возможности выяснить причины смерти, и из-за их неявки на осмотр, они не были включены в наблюдаемую нами группу.

Частота и периодичность посещений врача среди наблюдавшихся пациентов (n=2567) распределилась следующим образом. В течение 1 года

наблюдались у кардиохирурга 1643 (64,0%) больных, в течение 2-3 лет – 455 (17,7%), в течение 4-5 лет – 186 (7,2%), в течение 6-7 лет – 113 (4,4%), в течение 8-9 лет – 61 (2,4%), в течение 10 и более лет – 107 (4,3%).

Однажды посетили кардиохирурга 1386 пациентов (53,9%), дважды – 343 (13,4%) больных, трижды – 274 (10,7%) пациентов; 194 (7,6%) больных наблюдались у кардиохирурга 4 раза, 5 раз – 124 (4,8%) больных, 6 – 88 (3,4%) больных, 7– 50 (1,9%) больных, 8 – 28 (1,1%) больных, 9 – 22 (0,9%) больных, 10 раз – 9 (0,5%) больных, более 11 раз наблюдались у специалиста 45 (1,8%) больных.

Таким образом, наблюдается низкая приверженность к диспансерному наблюдению больных с ВПС. Из всех пациентов только 4,3% на протяжении 10-ти лет и более посещали врача и соблюдали предписанные медицинские рекомендации. Остальные пациенты наблюдались в течение 1 года (64,0%) либо в течение 2-3 лет (17,7%). Частота посещений кардиохирурга и соблюдение медицинских рекомендаций не зависели от вида ВПС. Большинство больных посещали врача в течение 1-го года после установления диагноза (53,9%) и, как правило, один раз.

После оперативного лечения из 554 пациентов 1 и более раз посещали кардиохирурга после операции только 222 пациента (40,1%). Остальные больные (332 (59,9%)) на протяжении многих лет не обращались к кардиохирургу в специализированное учреждение.

Таблица 3 – Частота посещения врача-кардиохирурга больными с ВПС после оперативного лечения

Периоды наблюдения (месяц, год)											
три		шесть		девять		один		полтора		два	
абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Частота посещения врача – кардиохирурга (n=222)											
21	6,5	38	11,8	53	16,5	103	32,0	28	8,7	79	24,5

Итак, среди обратившихся пациентов с ВПС преобладает женский пол – 55,6%, в общем числе больных с ВПС доминируют пациенты школьного возраста (47,9%).

Наиболее распространенными ВПС, преимущественно преобладающие среди обратившихся за хирургической помощью больных, являются вторичный дефект межпредсердной перегородки (23,1%; 230,6±0,8 на 1000 обследованных), изолированный дефект межжелудочковой перегородки (19,4%; 193,6±0,8), дефект межпредсердной перегородки по типу открытого овального окна (ООО) (16,9%; 168,7±0,7), а также открытый артериальный проток (9,5%; 95,4±0,6).

Операции у больных с ВПС преимущественно проводились по поводу дефекта межпредсердной перегородки вторичного типа (29,2%), открытого

артериального протока (26,3%), дефекта межжелудочковой перегородки (20,8%).

Выявлялся низкий комплаенс к диспансерному наблюдению больных с ВПС. Только 4,3% пациентов на протяжении 10-ти лет и более посещали врача и соблюдали предписанные медицинские рекомендации. Большинство больных посещали врача в течение 1-го года после установления диагноза (53,9%) и, как правило, один раз.

Литература

1. Бураковский, В.И. Компьютеризированная история болезни кардиохирургического профиля / В.И. Бураковский, В.А. Лишук, В.Л. Столяр и др. // Вестник АМН. – 1986. – № 2. – С. 8–21.
2. Бураковский, В.И. Компьютерная технология интенсивного лечения: контроль, анализ, диагностика, лечение, обучение / В.И. Бураковский, Л.А. Бокерия, Д.Ш. Газизова и др. – Москва, 1995. – 85 с.
3. Максимов, Н.Н. Применение телемедицинских технологий при организации кардиохирургической высокотехнологичной медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.02.03 / Н.Н. Максимов. – Москва, 2016. – 23 с.
4. Шарыкин, А.С. Перинатальная кардиология. Руководство для педиатров, акушеров, неонатологов / А.С. Шарыкин. – Москва, 2012. – 128 с.
5. Крупянко, С.М. Контент-анализ материалов интернет форума по врожденным порокам сердца/ С.М. Крупянко, Е.Б.Милиевская, М.А.Афониная //Материалы конгресса «Детская кардиология-2008». – 2010. –С. 298-299.
6. Кобринский, Б.А. Европейский регистр врожденных аномалий / Б.А. Кобринский Б.А., Н.С. Демикова. – М.: Наука, 2001. – 811 с.
7. Демикова, Н.С. Мониторинг врожденных пороков развития. Вестник РАМН / Н.С. Демикова, С.И. Козлова. – М.: Баллас, 1999. – № 11. – 29 с.
8. Prevalence of congenital malformations and genetic diseases in Korea / S.C. Jung, S.S. Kim, K.S. Yoon, J.S. Lee //J. Hum. Genet. 2015. - Vol. 44, № 1.-P. 30-34.
9. Woolf, A.S. Molecular mechanisms of human embryogenesis: developmental pathogenesis of renal tract malformations / A.S. Woolf, P.J.D. Winyard // Pediatric and Developmental Pathology. – 2010. - № 5. -P. 108-129.
10. Абдраманов, К.А. Проблемы и пути оптимизации оказания кардиохирургической помощи населению Кыргызской Республики в условиях реформирования здравоохранения Бишкек / К.А. Абдраманов, К.Т. Жоошов // Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. - 2008. - № 1. – 30 с.
11. Akhmedova, I.A. Primary detection of congenital heart diseases in the Kyrgyz Republic / I.A. Akhmedova, G.A. Imanalieva, D.A. Abibillaev et al. // Heart, Vessels and Transplantation. – 2018-issue 2. – P. 56–59.
12. Саатова, Г.М. Врожденные пороки сердца у детей. Методические рекомендации / Г.М. Саатова. – Бишкек, 2009. – 37 с.
13. Кожомкулова, А.Т. Риск формирования врожденных пороков сердца у детей и оптимизация программ консервативного ведения больных: автореф. дис. канд. мед.наук: 14.00.06 / А.Т. Кожомкулова. – Бишкек, 2013. – 23 с.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ

З.А. Абдулкадырова, К.А. Джайлобаева, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Системная красная волчанка (СКВ) - системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, преимущественно девушек и молодых женщин, развивающееся на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, приводящего к неконтролируемой продукции антител к собственным клеткам и их компонентам с развитием иммунокомплексного воспаления [2].

Распространенность СКВ составляет 4-250 случаев на 100000 населения. Соотношение мужчин и женщин среди больных СКВ, по данным разных авторов, составляет от 1:8 до 1:10.

Патологический процесс при СКВ захватывает все органы и ткани, что обуславливает клинический полиморфизм заболевания. Каждое обострение СКВ угрожает развитием тяжелых осложнений, к которым относится и поражение нервной системы (НС). Неврологические симптомы различной степени выраженности (от легких невротических реакций до тяжелых энцефаломиелополиневропатий) наблюдаются, по данным различных источников у 25–80% пациентов [1].

Однако, одной из главных причин поражения нервной системы при СКВ является сосудистая патология, которая включает в себя: васкулопатию с гиалинизацией сосудов, периваскулярным лимфоцитозом и эндотелиальной пролиферацией у 65 % больных [6], тромбозы и истинные васкулиты у 15% пациентов [5], инфаркты и геморрагии, преимущественно в поверхностных слоях коры головного мозга [4].

В литературе описано около 30 различных синдромов поражения НС при СКВ. Они включают поражения как периферической (ПНС), так и центральной нервной системы (ЦНС), а также вегетативные расстройства [3]. По данным J. Hanly и соавт. [7], ЦНС вовлекается в патологический процесс в 92%, ПНС – в 8–15% случаев.

Клиника поражений НС при СКВ представлена в виде церебрального (менингоэнцефалит), церебрально-спинально-корешково-периферического (энцефало-миело-полирадикуло-неврит), церебрально-периферического (энцефалополиневрит), периферического (полиневрит) синдромов. Столь разнообразная симптоматика отражает полиочаговость поражения, обусловленную множественными и в разной степени выраженными васкулитами [2].

Основная цель данного исследования: изучить особенности поражения НС при СКВ.

Материал и методы

Нами проанализированы истории болезней 78 пациентов СКВ с поражением НС, находившихся на лечении в отделении ревматологии НЦКиТ им. академика М.М. Миррахимова с 2015 по 2017 гг. из них 71 женщина и 7 мужчин, что составляет 91% и 9% соответственно, в возрасте от 18 до 66 лет, средний возраст составил 33 года. Диагноз СКВ устанавливался на основании диагностических критериев СКВ (The American College of Rheumatology). Активность основного заболевания рассчитывали, используя индекс SLEDAI (The Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index). Оценивали степень поражения систем и органов: ЦНС, сердечно-сосудистой системы, почек, опорно-двигательной системы и серозных оболочек, наличие кожных проявлений и иммунологических нарушений, а также гематологические нарушения.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных данных показал из 78 пациентов с СКВ поражение ЦНС имело место у 47 (60,3%), в то время, как вовлечение ПНС наблюдалось у 22 (28,2%) пациентов. У остальных 9 (11,5%) пациентов отмечались симптомы сочетанного поражения как ЦНС, так и ПНС. Высокая активность заболевания (по SLEDAI 11-19 баллов) наблюдалась у 31 (41%) пациентов.

В клинике поражения ЦНС наиболее часто выявлялись нейропсихические нарушения (зрительный и слуховой галлюцинаторный синдромы, депрессия) - у 36 (45,8%), дисциркуляторная энцефалопатия (деменция, нарушение когнитивных функций, бульбарный синдром) - у 20 (23,8%) пациентов. Наиболее тяжелый вариант нейролюпуса с развитием инсульта возник - у 5 (6,4%), эпилептический синдром (генерализованные судороги, парциальные приступы) - у 10 (12,8%), мигренеподобные головные боли - у 5 (6,4%) пациентов. Из 22 (28,2%) пациентов при изолированном поражении ПНС наиболее часто в 34 (40%) случаях наблюдалась полинейропатия нижних конечностей (большеберцового, малоберцового, икроножного, подошвенного нервов), и только - в 10 (12,3%) - полинейропатия верхних конечностей (срединный, локтевой, лучевой нервы). В сочетании с поражением НС наиболее частыми экстрацеребральными проявлениями заболевания были: поражения кожи - у 49 (62%), сердечно-сосудистой системы - у 39 (50%), серозных оболочек - у 38 (48,7%), почек - у 33 (42,3%), гематологическое нарушения - у 35 (44%) пациентов, реже наблюдались язвенные поражения слизистых оболочек - у 27 (34,6%) и суставной синдром с преимущественным вовлечением мелких суставов кистей - у 22 (28,2%) пациентов.

При иммунологическом обследовании было выявлено повышение антител (АТ) kds-DNK у 67 (85,9%) , АНФ у 30 (38,5%), АТ к антигену Смита у 24 (38,8%) пациентов. Снижение комплементов С₃ отмечено в 40 (51%) и С₄ в 44 (56,4%) случаев. Поражения НС также коррелировали с высокими значениями СОЭ у 51 (71%) пациентов.

Анализ тактики лечения показал, что 78 (100%) пациентов получали патогенетическое лечение глюкокортикостероидами (ГКС). Комбинированная терапия: ГКС и цитостатиками проведена в 66 (84,6%), ритуксимабом в 5 (6,4%) случаев. Пульс терапия солумедролом и циклофосфаном проводилась у 15 (19,2%) пациентов. На фоне проводимой терапии у всех пациентов отмечалась значительная положительная динамика клинических и лабораторных показателей воспалительного процесса. Среднее значение СОЭ после лечения составляло 15 мм/час.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод: полученные результаты подтверждают широкую вариабельность клинических проявлений поражения НС при СКВ. Выявлено наиболее частое вовлечение ЦНС у больных СКВ (60,3% случаев), которое зачастую определяют прогноз и исход заболевания. Благодаря применению интенсивной пульс - терапии ГКС, цитостатиками удастся эффективно лечить неврологические проявления заболевания у большинства пациентов СКВ.

Литература

1. Неврология / М. Мументалер, М. Хейнрих. - Изд.: МЕДпресс-информ, 2009. – 920 с.
2. Национальное руководство по ревматологии / Е.Л. Насонов, В.А. Насонова. - Изд.: ГЭОТАР-медиа, 2008. – 720 с.
3. Пизова, Н.В. Неврологические и психические расстройства при системной красной волчанке / Н.В. Пизова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2010. -Т. 110, № 8. - С. 76-83.
4. Пизова, Н.В. Головная боль, эпилептические припадки, когнитивные расстройства и цереброваскулярные заболевания как самые распространенные нейропсихические синдромы при системной красной волчанке/ Н.В. Пизова // Научно-практическая ревматология. - 2014. - №52(2). - С. 222-227.
5. Садоха, К.А. Системная красная волчанка в неврологической практике / К.А.Садоха, Т.Г. Головки, И.А. Паторская // Неврология и нейрохирургия в Беларуси. - 2009. - №3. - С. 97-101.
6. Файзулина, Д.Л. Поражение нервной системы при системной красной волчанке/ Д.Л. Файзулина, В. В. Шпрах // Сибирский медицинский журнал. - 2009. - № 7. - С. 6.
7. Hanly, J.G. Short-term outcome of neuropsychiatric events in systemic lupus erythematosus upon enrollment into an international inception cohort study / J.G. Hanly, M.B. Urowitz. et al. // Arthritis Rheum. - 2008. - Vol. 59. - P. 721-729.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ НЕФРОУРЕТЕРОЛИТИАЗЕ

М.К. Ахмедов, Г.С. Чернецова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Синдром почечной колики, обусловленный острой обструкцией мочеточника камнем, - одно из наиболее часто встречающихся ургентных

состояний при нефроуретеролитиазе, поэтому задачи лечения больных нефролитиазом при наличии камней мочевых путей постоянно привлекают внимание урологов.

До 80-х годов основным методом оперативного лечения больных с почечной коликой являлась оперативное лечение. В 1984 г. было положено начало периоду развития эндоскопического вмешательства при плановых и urgentных урологических заболеваниях. Эндоскопические (интракорпоральные) методы обладают рядом преимуществ по сравнению с “открытыми” оперативными вмешательствами: низкой травматичностью, отсутствием послеоперационной раны и связанных с этим осложнений, возможностью повторного проведения процедуры, меньшим сроком пребывания больных в стационаре, сокращением койко-дней.

Эффективным, радикальным, малоинвазивным способом лечения urgentных состояний при мочекаменной болезни является экстренная контактная или дистанционная уретеролитотрипсия [2].

По принципу действия литотрипторы подразделяются наультразвуковые, электрогидравлические, пневматические и лазерные.

Эндоскопическая (интракорпоральная) уретеролитотрипсия с использованием электрогидравлического литотриптора считается эффективным, высокоинтенсивным методом с коротким периодом процедуры. Однако его существенными недостатками являются: травматичность, высокая вероятность повреждения окружающих тканей, в частности перфорации мочеточника и др. [1].

Наибольшей эффективностью при минимальном риске повреждения мягких тканей обладает пневматический литотриптор. Использование пневматического литотриптора безопасно и эффективно при фрагментации мочевых камней средней и дистальной третьей мочеточника. Однако при выполнении процедуры существует определенный риск удара мягких тканей камнем вследствие баллистического усилия литотриптора [7].

Метод оценивается как эффективный и не инвазивный при лечении мочекаменной болезни. Однако при экспериментальном исследовании ультразвукового воздействия ментальном исследовании ультразвукового воздействия отмечались механические и термические повреждения слизистой и поверхностного слоя мышечной оболочки мочеточника.

Преимуществами лазерной литотрипсии являются высокая направленность, монохроматичность и энергоёмкость воздействия. Однако большинство лазеров с непрерывными излучением дает выраженный термический эффект, поэтому непригоден к использованию при литотрипсии. Практическое применение нашли лазеры, работающие в импульсном режиме.

Повышенный интерес к применению гольмиевого лазера (Ho-YAG-лазер) в оперативной урологии объясняется рядом его достоинств: сильным поглощением лазерного излучения биологическими тканями, хорошей передачей излучения по кварцевому волокну малого диаметра (400-1000

мкм), малой глубиной проникновения отдельного импульса, которая на порядок меньше чем у других лазеров. Воздействие лазером не вызывает карбонизации и ожоговой реакции тканей. Возможно “самоочищение” волокна после извлечения его из зоны операции. Действие луча лазера безопасно для зрения обслуживающего персонала. Время готовности установки для литотрипсии составляет всего 5 минут. Метод прост в применении, не требует длительного освоения. Длительность процедуры составляет 15-45 мин [5,4].

В лечение больных мочекаменной болезнью может применяться и дистанционная, и контактная лазерная литотрипсия. Однако эффективность метода зависит от диаметра камней: при диаметре конкремента более 10 мм продолжительность операции значительно больше, чем при меньшем. Однако осложнения при литотрипсии камней большего диаметра возникает чаще. При многочисленных достоинствах лазерная литотрипсия обладает некоторыми недостатками. Так, повышения параметров мощности и частоты лазерного излучения увеличивает риск интраоперационного повреждения мочеточника, вплоть до перфорации при которой не обходимо проведение “открытого” оперативного вмешательства, стентирования или пункционной нефростомии. Другим важным осложнением при выборе методики литотрипсии рекомендуется учитывать “стояние” камня в мочеточнике, степень дилатации верхних мочевых путей на камнем, локализацию и состав камня [3].

В настоящее время дистанционная литотрипсия становится одним из приоритетных методов лечения больных мочекаменной болезнью. Этот метод применяется в отечественной урологической практике более 15 лет. Потребность в нем при лечении больных нефролитиазом крайне высок. Его широкое распространение связано с малой инвазивностью и высокой эффективностью, особенно при размерах конкрементов менее 2,4-3,0 см. Этот метод имеет ряд преимуществ перед другими методами лечения. В последние годы разработаны ударно-волновые литотрипторы 2-го и 3-го поколений, гибкие уретероскопы малого диаметра (small-caliber), что значительно повышает эффективность лечения камней почек и мочеточников. Показано, что применение этого метода высокоэффективно как для экстренного купирования почечной колики, так и для радикального удаления камней почек и мочеточников. Продемонстрирована высокая эффективность ESWL камней с локализацией в верхнем и среднем отделах мочеточника при локализации конкремента в нижней трети мочеточника. Средняя продолжительность дистанционной литотрипсии составляет 30 мин [6].

Иногда проведения единственного сеанса ESWL недостаточно для фрагментации камня, в таких случаях с целью дополнительной дезинтеграции конкрементов или каменной дорожки, процедуру осуществляют повторно. Фрагментация камней, имеющих однородную структуру, среднюю интенсивность и ровные края, нередко происходит

лишь после 3-4 сеансов: при неоднородной структуре, низкой или высокой интенсивности, неровных шероховатых краях камня достаточно 1 или 2 сеансов. Количество сеансов литотрипсии зависит от состава камней.

К факторам, оказывающим позитивное действие на исход лечения, относят антибактериальную, противовоспалительную, иммунокорректирующую и литолитическую терапию, введение седативных препаратов [8].

Проблема прогнозирования результатов ESWL остается актуальной по сей день. Для улучшения результатов лечения необходимо учитывать результаты предшествующих ESWL, перенесенный пиелонефрит, возраст камня и длительность воспалительного процесса, однородность интенсивности, форму краев, размер и локализацию камня, состояние уродинамики, плотность камня, изменение кристаллизационных процессов.

Широкое ведение ESWL у больных нефроуретеролиазом привело к значительному сокращению открытых операций и существенному уменьшению периода госпитализации.

Несмотря на высокую эффективность и малую инвазивность ESWL, после реализации метода возможны осложнения, увеличивающие период пребывания больных в стационаре: кратковременная гематурия, почечная колика, кратковременная гипертермия, обострения пиелонефрита на стороне удаления камня, в единичных случаях выявлялась периренальная гематома.

Иногда после дистанционной литотрипсии отмечалось образование «мочевой или каменной дорожки» фиксация фрагмента камня или головной части «каменной дорожки» в терминальном отделе мочеточника с развитием отека слизистой оболочки в области устья мочеточника, ее взбуханием в полость мочевого пузыря, что требовало уретроскопии, контактной литотрипсии со стентированием.

Следует отметить, что дистанционная литотрипсия не предупреждает рецидивов образования камней в мочевыводящих путях. Факторами, способствующими рецидивному камнеобразованию, являются метаболические нарушения, гнойно-воспалительные процессы, некоторые интеркуррентные заболевания.

К факторам, определяющим риск при литотрипсии, относятся уремическая интоксикация, дисбаланс водно-электролитного обмена, гнойная интоксикация, нарушения гемокоагуляции, вторичные иммунодефициты, вызванные уремической и гнойной интоксикацией, нарушениями гомеостаза, обострение хронического калькулезного пиелонефрита, хроническая почечная недостаточность [4].

Литература

1. Глыбочко, П.В. Лазеры в оперативной урологии / П.В. Глыбочко, Б.У. Шалекенов // Научно-практическое руководство. – 2012. – С. 189.
2. Дзеранов, Н.К. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия мочекаменной болезни / Н.К. Дзеранов. - 1995. - С. 194.

3. Стецик, О.В. Дистанционная и контактная лазерная литотрипсия в лечении больных уретеролитиазом / О.В. Стецик // Клинико-экспериментальное исследование - 2000. – С. 126.
4. Чернецова, Г.С. Урологии / Г.С. Чернецова, Г.А. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. - Бишкек, 2009. - С. 421-453.
5. Costello, A.J. Experience with the holmium laser as an endoscopic lithotrite / A.J. Costello, M.J. Westcott, J.S. // Peters Aust. N.Z.J. Surg. - 2000. –
6. Coz, F. Extracorporeal shockwave lithotripsy of 2000 urinary calculi with the modulith SL-20, success and failure according to size and location of stones / F. Coz, M. Oriveto, M. Bustos et al. // J. Endourol. - 2000. – P. 172-175.
7. Delvecchio, F.D. Clinical efficacy of combined lithoclast and litovac stone removal during ureteroscopy / F.D. Delvecchio, R.L. Kuo // J. Urol.(BALTIMORE). - 2000. – P. 189-192.
8. Pace, K.T. Low success rate of repeat shock wave lithotripsy for ureteral stones after failed initial treatment / K.T. Pace, M.J. Weir, N. Tariq et al. // Ibid. - 2000. – P. 196-199.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д И ФЕРРИТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

А.М. Балтабаев, Л.М. Балтабаева, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Гнёздная алопеция (ГА) – многофакторное не рубцовое выпадение волос, характеризующееся потерей иммунологической толерантности к волосным фолликулами комплексом микроциркуляторных нарушений, ведущих к выпадению волоса [1-6].

В общей структуре дерматологических заболеваний ГА занимает от 4 до 12% [2,3,4,6] Спонтанная ремиссия наблюдается в ряде случаев, однако у 7% пациентов возможно развитие тяжелых форм алопеции. Разный возрастной контингент пациентов, вероятность неоднократных рецидивов, и изменение внешнего вида индивида позволяет относить очаговое выпадение волос к разряду социально значимых дерматозов [3].

Имеется ряд коморбидных с алопецией состояний, однако остается невыясненной роль инициального пускового фактора, способствующего развитию заболевания при совокупном воздействии триггеров: дистресса, инфекционных агентов, эндокринных и других экзогенных причин. Наибольшее обоснование получила аутоиммунная теория, объясняющая потерю иммунной привилегии волосного фолликула с вовлечением Т-клеточного иммуноопосредованного воспаления в коже. Существующие методы лечения основаны на применении топических и системных иммуносупрессивных препаратов, обеспечивающих снижение аутоагрессии, также витаминов и факторов роста, обеспечивающих возобновление роста волос, однако ни один из видов терапии не обеспечивает полного излечения [1,5-9].

В ряде последних исследований изучено влияние дефицита витамина Д (25-гидроксикальциферол) в патогенезе иммуноопосредованных дерматозов. В работе Gade VKV. и соавт. (2018) приведено сравнительное обследование группы здоровых добровольцев и 45 пациентов с ГА, в результатах которой отмечалось снижение уровня витамина Д, коррелировавшего с тяжестью клинического течения и повышением С-реактивного протеина [10]. В другом исследовании, посвященном исследованию витамина Д у больных гнездовой алопецией, выявлено снижение уровня 25-гидроксикальциферола менее 30 нг/мл, которое рассматривалось как фактор риска развития очагового выпадения волос. В связи с неясностью этиологии и многокомпонентностью подходов к терапии данного дерматоза, актуальным представляется изучение содержания витамина Д при ГА [11].

Предположение об участии микроэлементов в патогенезе ГА упоминается в работах ряда авторов [12,13,14]. Снижение концентрации цинка в крови и волосах у больных гнездовой алопецией и повышение меди описано в работе Е.Н. Тимошковой [12]. Имеются противоположные данные Н. Mussalo-Rauhamaa и соавт. (1986), которые при исследовании ряда микроэлементов (Se, Rb, Zn, Fe, Co, Cu и др.) в сыворотке крови у пациентов гнездовой алопецией не отметили достоверных различий с уровнем в крови у здоровых лиц [15].

Для верификации диагноза наряду с определением ряда патогномоничных симптомов используется видеодерматоскопия (трихоскопия) очагов выпадения волос, которая проводится с помощью периферийного видеодерматоскопического оборудования, позволяющего увеличить масштаб изображения и снимков поверхности кожи от 80 до 800 раз, что позволяет вести базу данных при каждом посещении и сравнивать результаты различных осмотров конкретного пациента [1,16]. Патогномоничными признаками ГА при трихоскопии являются такие феномены как: наличие перипилярных знаков или «желтых точек» (пустующих фолликулов в фазе кеногена), содержащих секрет сальных желез; дистрофических и обломанных волос в виде «пеньков» или «восклицательного знака», кадаверизированных волос, содержащих размягченный кератин (симптом «черных точек»). При длительном течении заболевания в устьях спавшихся волосяных фолликулов обнаруживаются кератиновые пробки (симптом «белых точек») [1,17].

По клиническому течению гнездовая алопеция оценивается по степеням тяжести: легкая, средняя и тяжелая [1,17,18].

Цель: Исследовать содержание витамина Д и ферритина сыворотки крови у пациентов с ГА и изучить взаимосвязь с клинической тяжестью заболевания.

Материалы и методы исследования

Обследовано 30 пациентов различной клинической тяжестью гнездовой алопеции, которым проводилось исследование уровня (25-ОН витамина Д) (нмоль/л) и ферритина (нг/мл) сыворотки крови. Мужчин было 8, женщин-

22. Средний возраст пациентов составил 36,6 лет.

Для описания стадии течения гнездной алопеции был внедрена методика описания, предложенная Гаджигороевой А.Г. Активная стадия диагностирована у 21 пациента, хроническая – у 9.

Для определения активности заболевания использовался pull-тест наряду с определением патогномоничных трихоскопических критериев. По клиническому течению гнездная алопеция оценивалась по степеням тяжести: легкая, средняя и тяжелая. Статистический анализ проводился с применением пакета программ SPSS Statistics 20.0.

Результаты и их обсуждения

У пациентов с легкой степенью тяжести (15 человек) при активной стадии ГА средняя концентрация уровня витамина Д составила $38,23 \pm 5,08$ ($P > 0,1$), при неактивном течении – $31,79 \pm 11,74$. Содержание ферритина составило $36,8 \pm 8,71$ ($P > 0,1$). При среднетяжелом течении (12 пациентов) при активной стадии ГА уровень витамина Д оставался сниженным и равнялся $23,88 \pm 7,45$, при хронической стадии – $43 \pm 6,99$. Уровень ферритина составил $30,9 \pm 9,32$.

У пациентов со среднетяжелым течением наблюдалось более выраженное снижение концентрации витамина Д в сравнении с легким (при активной стадии), что указывает на развитие гиповитаминоза Д и является фактором предрасполагающим к отягощению клинического течения и коморбидным состоянием. При хроническом течении заболевания мы не обнаружили достоверного различия между показателем витамина Д у больных с более выраженным клинической тяжестью, который оставался сниженным. Содержание ферритина не показало значимых различий у пациентов с различной клинической тяжестью, однако у 3 пациентов женского пола его уровень был снижен, что коррелировало с функциональными показателями анализа крови (гемоглобин, цветной показатель), и могло повлиять на усиление общего выпадения волос.

Литература

1. Гаджигороева, А.Г. Клиническая трихология / А.Г. Гаджигороева. – М.: «Практическая медицина», 2014. – 184 с.
2. Потееаев, Н.Н. Современные представления об этиологии и патогенезе очаговой алопеции / Н.Н. Потееаев, Г.П. Терещенко, А.Г. Гаджигороева // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 4. – С. 4–12.
3. Muller, S.A. Alopecia areata: an evaluation of 736 patients / S.A. Muller, R.K. Winkelmann // Arch Dermatol. – 1963. – Vol. 88, N 2. – P. 290–297.
4. Safavi, K. Prevalence of alopecia areata in the First National Health and Nutrition Examination Survey / K. Safavi // Arch Dermatol. – 1992. – Vol. 128, N 5. – P. 702.
5. Wang, E. Etiopathogenesis of alopecia areata: Why do our patients get it? / E. Wang, K.J. McElwee // Dermatol Ther. – 2011. – Vol. 24, N 3. – P. 337–347.
6. What causes alopecia areata? / K.J. McElwee, A. Gilhar, D.J. Tobin et al. // Exp Dermatol. – 2013. – Vol. 22, N 9. – P. 609–626.

7. Исследование местных иммунных механизмов воспаления при гнездной алопеции с учетом активности заболевания / Н.Н. Потекаев, Е.А. Коган, А.Г. Гаджигороева и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – № 5. – С. 103–108.
8. Соотношение процессов апоптоза, пролиферации, неоангиогенеза и клеточной дифференцировки при иммунном воспалении в очагах гнездной алопеции / А.Г. Гаджигороева, Е.А. Коган, Н.Н. Потекаев, Г. П.Терещенко // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. – № 2. – С. 23–31.
9. Role of cytotoxic T cells in chronic alopecia areata / C. Bodemer, M. Peuchmaur, S. Fraitaig et al. // J InvDermatol. – 2000. – Vol. 114, N 1. – P. 112–116.
10. Gade, VKV. An investigation of vitamin D status in alopecia areata / VKV. Gade, A. Mony, M. Munisamy, L. Chandrashekar, M. Rajappa // ClinExp Med. – 2018. - Vol.10. – P. 1007.
11. Mahamid, M. Association between vitamin D levels and alopecia areata / M. Mahamid, O. Abu-Elhija, M. Samamra, A. Mahamid, W. Nseir // Isr Med Assoc. – 2014; Vol. 16, N 6. – P. 367-70.
12. Тимошкова, Е. Н. Обмен цинка и меди у больных гнездной плешивостью / Е. Н. Тимошкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 1984. – № 9. – С. 57–59.
13. Тимошкова, Е.Н. Комплексное лечение больных алопецией препаратами цинка и меди / Е.Н. Тимошкова, М.М. Левин, В.А. Лосева // Вестник дерматологии и венерол. – 1986. – № 3. – С. 56–58.
14. Bruske, K. Zinc and its status in some dermatologic diseases- a statistical assessment / K. Bruske, K. Salfeid // Z Hautkr. – 1987. – Vol. 62, Suppl 1. – P. 125–131.
15. Mussallo-Rauhamaa, H. Element concentrations in serum, erythrocytes, hair and urine of alopecia patients / H. Mussallo-Rauhamaa, E. L. Lakomaa, V. Kianto // Actadermatovenerol. – 1986. – Vol. 66, N 2. – С. 103–109.
16. Zlotogorskiy A., Shapiro D. Trihology. Kiev: Rodovid; 2013.
17. Суворова, К.Н. Гнездная алопеция. Часть 2. Клиника и диагностика / К.Н. Суворова, А.Г. Гаджигороева // Вестник дерматологии и венерологии. – 1998. – № 6. – С. 59–61.
18. Сербина, И.М. Оценка степени тяжести гнездной алопеции / И.М. Сербина // Дерматология та венерология. – 2014. – Т. 66, № 4. – С. 65–71.

ВЛИЯНИЕ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

У.Т. Бердикулов, Г.С. Чернецова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Под обструктивными уропатиями понимают комплекс патоморфологических и патофизиологических изменений, происходящих в почке и в нижних мочевых путях в результате нарушения оттока мочи и ведущих к угнетению функции почек. Одним из распространенных

вариантов обструктивной уропатии является инфравезикальная обструкция (ИВО). Наиболее частой ее причиной у взрослых является доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), стриктура уретры, склероз шейки мочевого пузыря и другие. Основным признаком инфравезикальной обструкции является, затрудненное мочеиспускание, нередко регистрируемые со дня рождения, вплоть до полной задержки мочеиспускание (ОЗМ) с парадоксальной ишурией [3]. При данном заболевании патогенез ИВО включает как механический фактор – сдавление и изменение уретровезикального угла, так и расстройства кровообращения в системе тазовых вен и повышенный тонус гладких мышц шейки мочевого пузыря, заднего отдела уретры и простаты [2]. В ряде случаев течение ДГПЖ осложняется внезапным расстройством мочеиспускания, в основе которого лежит острая инфравезикальная обструкция, часто приводящая к развитию постренальной формы острой почечной недостаточности. Независимо от причины и уровня обструкции мочевого тракта почки подвергаются адаптивным гемодинамическим, биохимическим, клеточным и молекулярным изменениям, которые ведут к перестройке тубулоинтерстициальной ткани с возможным исходом в нефросклероз. Исследованию гемодинамики почки при острой односторонней суправезикальной обструкции посвящено множество публикаций, в то время как состояние почечной гемодинамики при острой инфравезикальной обструкции практически не изучалось. В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение нарушений внутрипочечной гемодинамики при острой инфравезикальной обструкции с помощью ультразвукового метода [1].

Материалы и методы

Ультразвуковое исследование (УЗИ) мочевого пузыря выполнялось до и после попытки мочеиспускания. Определялся объем мочевого пузыря. При УЗИ почек обращали внимание на наличие гидронефротической трансформации. Ультразвуковое исследование почечных сосудов проводилось для оценки состояния почечной гемодинамики. Исследования выполнялись на аппарате «Logiq 400 CL» с конвексным датчиком с частотой 2,55 МГц. Использовался В режим, цветное доплеровское картирование. Изучение количественных параметров кровотока в междолевых артериях почек проводилось с помощью спектрального доплеровского режима. Определялись пиковая систолическая скорость кровотока – VPS, конечная диастолическая скорость кровотока – VED, индекс резистивности – Ri, равный отношению разности пиковой систолической и конечной диастолической скоростей кровотока к пиковой систолической скорости кровотока. Значения индекса резистивности определялись в междолевых артериях обеих почек, а на их основании рассчитывалось среднее арифметическое этого показателя для каждого больного. Ультразвуковое исследование почечного кровотока было проведено 40 больным с острой инфравезикальной обструкцией, вызванной ДГПЖ, в возрасте от 54 до 81

года, средний возраст 69,6 лет. В исследование включались больные, имеющие анамнестическое указание на наличие ДГПЖ, находящиеся на диспансерном учете у уролога. Группу сравнения составили 20 человек в возрасте от 51 до 76 лет (средний возраст 65,3 года), у которых при урологическом обследовании отсутствовали признаки обструктивных заболеваний мочевых путей. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью параметрического критерия Студентами с использованием компьютерных статистических программ. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Больные с острой инфравезикальной обструкцией на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы (дгпж) были разделены нами на 3 группы в зависимости от наличия гидронефротической трансформации почек и объема остаточной мочи до эпизода острой ИВО. В первую группу были включены больные с наличием гидронефротической трансформации (13 больных), во вторую – с отсутствием гидронефротической трансформации, но указанием на наличие в прошлом остаточной мочи в объеме более 100 мл (16 больных), третью группу составили больные с отсутствием как гидронефротической трансформации на момент осмотра, так и остаточной мочи в анамнезе (11 больных). Результаты исследования показали, что значимые нарушения почечной гемодинамики ($P < 0,002$) при острой инфравезикальной обструкции на фоне гиперплазии простаты наблюдаются лишь при наличии гидронефротической трансформации почек.

Причиной отсутствия принципиальных различий количественных параметров почечного кровотока у остальных больных является значительный демпферный резерв нижних мочевых путей (мочевой пузырь, уретра), что позволяет компенсировать острый мочевой стаз, предохраняя почечную паренхиму от ишемии. Предположив, что на состояние верхних мочевых путей, а значит и на состояние ренальной гемодинамики оказывает влияние количество мочи в полости мочевого пузыря мы разделили всех больных на 2 группы: в первую группу вошли 18 больных, количество мочи в мочевом пузыре которых на момент обследования не превышало 800 мл, во вторую – больные с количеством мочи превышающем 800 мл (22 больных). Средний объем мочевого пузыря в первой группе составил $547,5 \pm 57,5$ мл, а во второй $1062,5 \pm 99,7$ мл ($P < 0,001$).

Результаты исследования почечной гемодинамики представлены на рисунке.

Нами не отмечено достоверных различий почечной гемодинамики при различном количестве мочи в мочевом пузыре. Известно, что, несмотря на значительные изменения в мочевом пузыре, запирательная функция мочеточников обычно сохраняется. Это предохраняет верхние мочевые пути от рефлюкса мочи и роста в них гидростатического давления. Однако при прогрессировании патологического процесса возникает функциональная

обструкция пузырномочеточникового сегмента, что влечет за собой усиление перистальтики мочеточника. Активизация перистальтики, в свою очередь, увеличивает давление в мочеточниках и почечных лоханках, возрастающее гидростатическое давление передается на собирательные каналцы нефрона. Очевидно, что в данном случае объем мочевого пузыря не имеет решающего значения, и в развитии нарушений запирающей функции мочеточников играет ряд иных факторов.

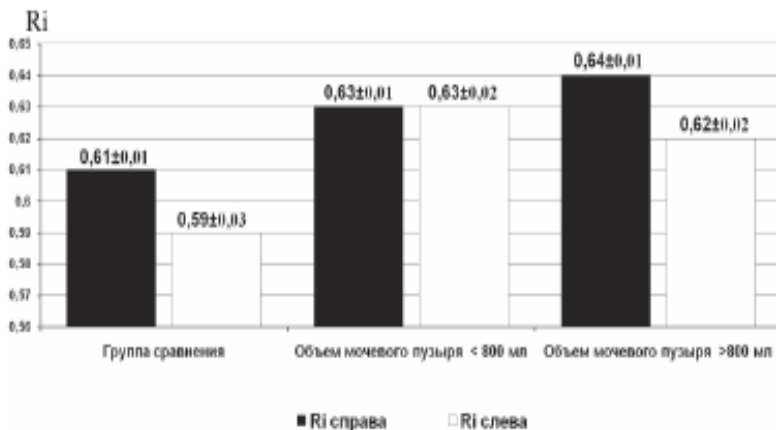


Рисунок – Почечная гемодинамика у больных с острой инфравезикальной обструкцией при различной емкости мочевого пузыря

Таким образом, при прогрессировании острой инфравезикальной обструкции и развитии гидронефротической трансформации в почке возникают гемодинамические нарушения, характеризующиеся повышением резистивности эфферентных и афферентных артериол почечных клубочков и снижением почечной перфузии. Известно, что нарушения почечной гемодинамики ведут к ишемии почечной паренхимы, которая в совокупности с острым мочевым стазом, предрасполагает к развитию вторичного острого пиелонефрита. В связи с этим при наличии гидронефротической трансформации у больного с острой инфравезикальной обструкцией необходимо безотлагательное адекватное дренирование нижних мочевых путей, назначение антибактериальной терапии. При ведении больных с острой инфравезикальной обструкцией необходимо учитывать, что объем мочи, скопившейся в мочевом пузыре, не коррелирует с тяжестью обструктивной уропатии.

Литература

1. Обструктивные уропатии / Г.С. Чернецова, Г.А. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. - Бишкек, 2005. – 227 с.

2. Чернецова, Г.С. Результаты лечения обструктивных уропатий (у детей, взрослых, оперированных в детском возрасте, и у взрослых больных) / Г.С. Чернецова: автореф. дисс. ... д-ра мед. н. - Бишкек, 2005. – 32 с.
3. Чернецова, Г.С. Урологии / Г.С. Чернецова, Г.А. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. - Бишкек, 2009. - С. 148-170.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ

А.А. Береговой¹, З.К. Джолбунова²,

¹Кыргызско-Российский Славянский Университет,

**²Республиканская клиническая инфекционная больница,
г. Бишкек, Кыргызстан**

Менингит – инфекционное заболевание с преимущественным поражением мягкой мозговой оболочки головного и спинного мозга, характеризующееся общеинфекционным, общемозговым синдромом и воспалительными изменениями в церебральной жидкости [7].

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 *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes* [2]. Однако число возбудителей постоянно увеличивается. Это сопряжено, прежде всего, с изменением биологических свойств возбудителей, в частности с появлением высоковирулентных 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 [9,4,6].

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 [5].

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 исследованием 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) [10]. 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 [3]. Однако результативность культурального метода

относительно низка из-за необходимости создания особых условий хранения и транспортировки биоматериала, а также частого использования антибиотиков на догоспитальном 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 некультуральный 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 (табл.). В ЦСЖ аккумулируются медиаторы воспаления и иммунорегуляции, 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 [8].

Таблица - Диагностическая значимость определения иммунных факторов в ЦСЖ больных при бактериальных, грибковых и паразитарных инфекциях ЦНС [2]

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 α	То же	Бактериальный менингит против серозного менингита	X. Chen и соавт.
Синтез IFN - γ клетками ЦСЖ в ответна 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 психо- соматического статуса	НБ	L. Кера и соавт.
IFN - γ , TNF α , IL-6и IL -8	Прогноз исхода	Криптококковый менингит при AIDS	A. Siddiqui и соавт.
Цитоз и число CD 19+ В-клеток	Определение стадии болезни	Трипаносомоз	B. Bouteille и соавт.

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 2016-2018 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 Binax 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 оказался 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 (рисунок).

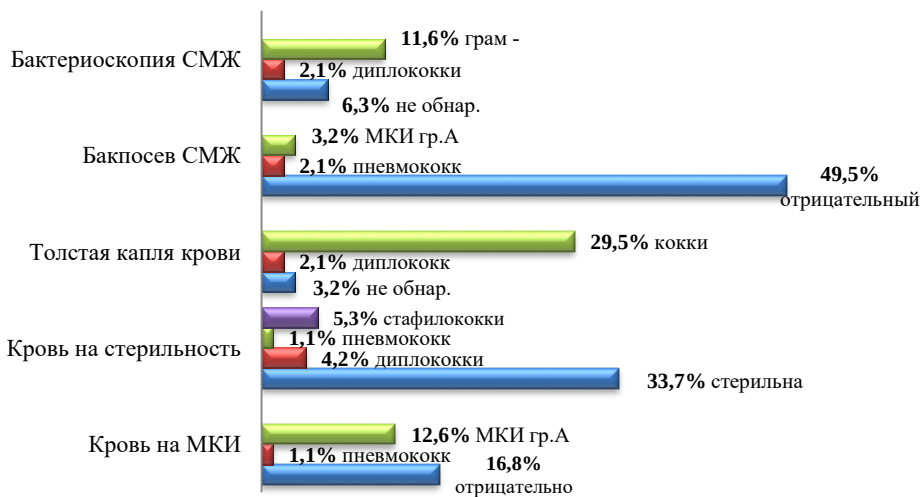


Рисунок - Результаты проводимых лабораторных тестов

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. Binax 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 Vimax NOW streptococcus pneumonia test) способствует уточнению диагноза даже когда бактериологическими методами исследования недостаточно информативны.

Литература

1. Джафарова, К.А. Сравнительная характеристика клинико-лабораторных показателей и исходов бактериальных менингитов у детей разных возрастных групп / К.А. Джафарова, Ш.М. Рашидова, Ф.М. Раджабов // Современная педиатрия. - 2014. - № 4. - С. 31-34.
2. Железникова, Г.Ф. Этапы развития клинической лабораторной диагностики в научно-исследовательском институте детских инфекций / Г.Ф. Железникова, Н.В. Скрипченко, Л.А. Алексеева // Клиническая лабораторная диагностика. – 2012. - № 11. – С. 43-47.
3. Farahani Specific detection of common pathogens of acute bacterial meningitis using an internally controlled tetraplex-PCR assay / Farahani, Hamidreza, Ghaznavi-rad // Molecular and cellular probes. - 2016. – Vol. 30, N 4. – P. 261-265.
4. Glimaker, Martin Lumbar Puncture Performed Promptly or After Neuroimaging in Acute Bacterial Meningitis in Adults: A Prospective National Cohort Study Evaluating Different Guidelines / Glimaker, Martin; Sjolín, Jan; Akesson, Styrbjörn; и др. // Clinical infectious diseases. - 2018. Т. 66, вып. 3. – С. 321-328.
5. Isabel Morales-Casado Predictive factors of bacterial meningitis in the patients seen in emergency departments / Isabel Morales-Casado, Maria; Julian-Jimenez, Agustin; Lobato-Casado, Paula; и др // Enfermedades infecciosas y microbiología clinica. - 2017. – Т. 35, вып. 4. – С. 220-228.
6. Jayaweera, Jayaweera Arachchige Asela Sampath Childhood Central Nervous System Infections: Are We under Estimating the True Burden? / Jayaweera, Jayaweera Arachchige Asela Sampath; Thalagahage, Krishan Nilantha Hewa; Joseph, Anpalahan; и др. // J. of pediatric infectious diseases - 2017. – Т. 12, вып. 2. – С. 124-130.
7. Ko, Byuk Sung Usefulness of procalcitonin level as an outcome predictor of adult bacterial meningitis / Ko, Byuk Sung; Ryoo, Seung Mok; Ahn, Shin; и др. // Internal and emergency medicine. - 2017. – Т. 12, вып. 7. – С. 1003-1009.

8. Lee, Joon Woo The usefulness of serum delta neutrophil index for differentiating bacterial and viral meningitis in the emergency department / Lee, Joon Woo; Park, Chan Ik; Kim, Hyung Il; и др. // Clinical and experimental emergency medicine. - 2016. – Т. 3. вып. 2. – С. 95-99.
9. Lefrere, Bertrand Biochemical analysis of cerebrospinal fluid in the laboratories of deployed medical treatment facilities: are Multistix 10 SG strip and iSTAT useful? / Lefrere, Bertrand; Plantamura, J.; Renard, C.; и др. // J. of the royal army medical corps - 2017. – Т. 163, вып. 6. – С. 397-400.
10. Ramalingam, Rama Krishnan Tiruppur Chinnappan. Retrospective analysis of multiplex polymerase chain reaction-based molecular diagnostics (SES) in 70 patients with suspected centralnervous system infections: Asingle-centerstudy / Ramalingam, Rama Krishnan Tiruppur Chinnappan; Chakraborty, Dipanjan. // Annals of Indian academy of neurology. - 2016. – Т. 19. вып. 4. – С. 482-490.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА – БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ (клинический случай)

Г.С. Бобушова, Ж.А. Мамасаидов, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

В настоящее время трудно переоценить значение диагностированного явного сахарного диабета типа 2 (СД 2) – тяжелого прогрессирующего заболевания, связанного с развитием неврологических и сердечно-сосудистых осложнений, последние из которых обеспечивают до 80 % смертельных исходов [14]. Известно, что при СД 2 риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности в 2-5 раз превышает популяционный. Более того, лечение СД 2 – это серьезная проблема, касающаяся многих специалистов-медиков, поскольку заболевание сопровождается развитием ряда осложнений, развивающихся во многих органах и системах организма пациента. Острота этой проблемы, помимо быстрого роста, определяется тяжестью осложнений диабета, частоту которых можно существенно сократить за счет достижения гликемии, близкой к нормальному уровню, при установлении диагноза. Однако, к моменту диагностики СД 2 у 1/2 пациентов уже присутствуют осложнения. По данным экспертов ВОЗ на 2014 г. в мире было зарегистрировано 422 млн. случаев заболевания СД, а в 2030 году это заболевание будет занимать седьмое место среди причин смертности. Общая численность пациентов с СД в Российской Федерации по данным Росстат на 2016 г. составила 4,348 млн. человек (3% населения страны). Среди них больных СД 2 типа – 92%, СД 1 типа – 6% [1].

Сахарный диабет, по статистике ВОЗ, входит в пятерку самых распространенных в мире заболеваний. Наряду с гипертонией (ГБ) и ишемической болезнью сердца (ИБС). И заболеть им может, увы,

практически каждый человек. Сейчас уже доказано на сто процентов: сахарный диабет не развивается от того, что человек ест много сладкого. Но также доказано: главный фактор риска диабета - лишний вес.

Среди жителей Кыргызской Республики распространённость метаболического синдрома (МС), основным компонентом которого является абдоминальное ожирение (АО), составляет 30,9% с превалированием его частоты у женщин (33,3% против 27,7% у мужчин, $P < 0,05$). Распространенность АГ резко повышалась с возрастом, достигая в возрастной группе 60 лет и старше 75,2% [3].

СД 2 типа гетерогенен по своей этиологии. В его развитии играют роль многие факторы: наследственная предрасположенность, возраст (чем старше пациент, тем больше вероятность истощения и гибели бета-клеток поджелудочной железы), ожирение, малоподвижный образ жизни, диабетогенное питание (приводит к накоплению жирных кислот в островках поджелудочной железы и ускорению апоптоза бета-клеток) [5].

Среди наиболее значимых осложнений выделяют АГ [6]. Для Кыргызской Республики последнее имеет ключевое значение в связи с высокой частотой смертности населения от мозгового инсульта, а также особенностями питания (преимущественно пища, богатая животными жирами), когда у лиц с повышенным весом и гипертонией, развивается сахарный диабет. Причем, по данным эпидемиологических исследований в КР распространенность АГ составляет 34,1% [3]. А так как в начале формирования нарушений углеводного обмена в организме человека присутствует инсулин, более того, имеет место гиперинсулинемия, можно было бы предполагать и бессимптомное течение самого диабета.

Клинический случай, представленный ниже, ярко иллюстрирует подобное заключение. Обратилась женщина М., 1965 г рождения, 54 лет, к врачу с жалобами на боли с припуханием коленных суставов механического стартового характера с ограничением движения в них, тянущие боли в нижних конечностях и иногда головные боли. Из анамнеза: подобные жалобы с 2015 года, ухудшение в течение месяца. Из анамнеза жизни: социально-бытовые условия удовлетворительные, образование – среднее. Факторы риска: наследственность по диабету отрицает. Не курит, но муж курит. Особенности питания: предпочитают мучное. АД всегда было пониженным, при головных болях АД не контролировала. Инфекционные болезни: кожно-венерологические, туберкулез, гепатит – отрицает. Популяция В (на лидокаин – крапивница). Замужем, беременностей – 5, родов – 4, выкидышей – 1, аборт – 0. Менопауза с 49 лет. С 39 лет стала вести малоподвижный образ жизни и постепенно прибавлять в массе тела. Мать и сестра страдают артериальной гипертензией (АГ). Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура – 36,2°. Рост 168 Вес-78 кг. ИМТ= 32 кг/м². Окружность талии – 92 см. Со стороны внутренних органов – без отклонений. АД 110/70 мм рт.ст. Пульс 64 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом

«поколачивания» – отрицательный с обеих сторон. Дизурических явлений нет. Пульсация на *a. dorsalis pedis* сохранена. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, диффузно-однородной структуры, клинических признаков нарушения функции щитовидной железы нет. Со стороны коленных суставов – деформация коленных суставов. При проведении лабораторных и инструментальных исследований получены следующие результаты: клинический анализ крови: в норме; клинический анализ мочи: без особенностей; биохимический анализ крови: общий белок – 71 г/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 65 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 104 мл/мин на 1,73м², аспартатаминотрансфераза – 20 е/л, аланинаминотрансфераза – 16,3 е/л; гликемический профиль: утром натощак – 9,3 через 2 часа после завтрака – 11,7 перед обедом – 10,8 и перед ужином – 7,0 ммоль/л; гликогемоглобин – 7,76%; липидный профиль: общий холестерин – 5,93 ммоль/л, триглицериды – 1,94 ммоль/л, холестерин липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) – 3,94 ммоль/л, холестерин липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) – 1,0 ммоль/л. ЭХОКГ: ФВ-62%, аортальная и митральная регургитация минимальной степени за счет уплотнений створок. Дилатация левого предсердия. ЭКГ: без отклонений. ВЭМ – отрицательная проба. УЗИ печени – жировой гепатоз. При суточном АД-мониторировании показатели САД в пределах нормы. 3 эпизода повышения АД макс 143/84, 6 эпизодов САД было менее 100 мм рт.ст.

Известно, что у лиц пожилого возраста возможным осложнением СД может быть остеопороз, а именно, высокие концентрации глюкозы замедляют клеточный рост и минерализацию [4]. Дефицит инсулина приводит к недостатку активных метаболитов витамина D, вследствие чего происходит снижение всасывания кальция в кишечнике. Данный процесс ведет к повышению активности паратгормона и, как следствие, усилению костной резорбции. Иногда отмечается изменение качества коллагена костной ткани, обусловленное его гликированием, как и диабетическая полинейропатия, которая может приводить к усилению процесса резорбции кости, а микро- и макроангиопатии, ведущие к снижению кровообращения, создают условия для дистрофических изменений [4]. В то же время инсульт, инфаркт миокарда и болезни периферических сосудов являются причиной значительно более высокой заболеваемости и смертности у пациентов с СД 2, чем классическая триада — нефропатия, нейропатия и ретинопатия, хотя опасность этих заболеваний также очень высока. В нашем клиническом случае пациента средних лет и факторов риска по заболеванию суставов в семье также не отмечалось.

Обращает на себя внимание отсутствие каких-либо жалоб нарушений углеводного обмена, выраженной артериальной гипертензии и ожирения, мочевого синдрома, изменений на ЭКГ в покое и при проведении нагрузочной пробы. За исключением данных ЭХОКГ в виде дилатации ЛП и

уплотнения створок клапанов сердца, атеросклеротического характера (учитывая особенности питания).

При оценке значимости гипергликемии необходимо учитывать, что она редко возникает в отсутствие других весомых метаболических нарушений, которые обладают самостоятельным значением в развитии ССЗ, но вместе с тем усиливают неблагоприятное воздействие друг друга и требуют своевременной активной коррекции.

Последовательно разбирая данный случай, надо ответить на ряд вопросов:

- Какого целевого уровня HbA1c <7% необходимо достигнуть у пациента?
- Какие характеристики сахароснижающего препарата следует учесть при выборе терапии?
- Реально ли предупредить или замедлить развитие у пациента с СД 2 хронических осложнений заболевания?
- Как целесообразно назначить фармакотерапию пациента с позиции лучшего прогноза?

Несомненно, оптимизация метаболического контроля имеет большое значение в контексте возможности снижения частоты хронических осложнений. Гипергликемия – это не только неотъемлемый метаболический признак диабета, но и основное нарушение, против которого направлена сахароснижающая терапия. В начале фармакотерапии многие препараты способны снижать HbA1c. В настоящее время наиболее изученным и широко применяемым вариантом остается монотерапия метформина, затем комбинация с производными сульфанилмочевины (ПСМ), к примеру, гликлазид (Диабетон МВ). Сочетание этих классов препаратов обладает наиболее выраженным сахароснижающим эффектом, что важно для достижения целевого контроля у пациента с высоким уровнем HbA1c. Среди характеристик, которые следует учитывать при выборе сахароснижающего препарата для длительной терапии СД 2, необходимо отметить эффективность в отношении снижения уровня HbA1c, глюкозы крови натощак, постпрандиальной гликемии, способность вызывать гипогликемию, влияние на отдаленный прогноз. Такой же, как для ингибитора дипептидилпептидазы (ДПП)-4– ситаглиптина, используемых в том числе, у мусульман во время рамадана (S.Agarwal и соавт., 2012 г.).

Так, при анализе результатов 9-летнего наблюдения показано достоверное снижение риска общей, сердечно-сосудистой смертности, инфаркта, инсульта у пациентов как с перенесенным ОИМ, так и без него, получавших гликлазид, в отличие от тех, кто принимал другие ПСМ. Что касается микрососудистых осложнений, в нашем случае у пациента диагностирована МАУ. Диабетон МВ безопасен у больных СД 2 с нарушением функции почек. Более того, интенсивный контроль гликемии при СД 2, согласно результатам исследования ADVANCE, обеспечивает явный ренопротективный эффект. В группе интенсивного контроля

гликемии, основанного на применении Диабетона МВ, регрессия нефропатии как минимум на одну стадию (т.е. от макро- к микро- или нормоальбуминурии, либо от микро- к нормоальбуминурии) отмечалась у 62% пациентов [7].

Факторы риска развития диабета 2 типа известны. Одним из основных факторов риска развития диабета 2 типа является наследственность. Наличие диабета 2 типа у ближайших родственников (родителей, родных братьев и сестер) увеличивает шанс развития данного заболевания у человека. Так, при наличии СД2 у одного из родителей вероятность дальнейшего наследования заболевания ребенком составляет 40 %. Однако, множество других факторов риска развития этого заболевания человек приобретает в течение жизни. К ним относят: возраст 45 лет и старше; преддиабет (нарушение показателей уровня глюкозы в крови натощак, нарушение толерантности к глюкозе); артериальная гипертензия — показатели артериального давления — 130/85 мм рт. ст. и выше вне зависимости от того, принимает человек препараты, снижающие артериальное кровяное давление, или нет; избыточная масса тела и ожирение (индекс массы тела более 25 кг/м²); повышение уровня триглицеридов в крови ($\geq 2,82$ ммоль/л) и снижение уровня липопротеидов высокой плотности ($\leq 0,9$ ммоль/л), так называемая дислипидемия; перенесенный гестационный диабет (диабет, впервые проявившийся во время беременности) или рождение ребенка массой более 4 кг; привычно низкая физическая активность; синдром поликистозных яичников; сердечно-сосудистые заболевания.

Наличие вышеперечисленных факторов должно подвигнуть человека регулярно проходить обследование на контроль уровня глюкозы в крови: 1 раз в 3 года должны проходить обследование все люди в возрасте 45 лет и старше; люди с избыточной массой тела и ожирением, имеющие еще один фактор риска; 1 раз в год — люди с преддиабетом в прошлом. Часть факторов риска развития диабета 2 типа можно предупредить и тем самым уменьшить вероятность развития заболевания. Группа риска – не приговор.

Однако у нашей пациентки диагностирован явный сахарный диабет 2 типа, и, естественно, рекомендуется встать на учет к семейному врачу по месту жительства. Во-первых, пройти, так называемую, Школу диабета о возможных развитиях осложнений заболевания и необходимости прохождения ежегодного осмотра и обследования у ряда специалистов: окулиста, нефролога, невролога, гинеколога, кардиолога и эндокринолога. Конечно, в этих условиях было бы адекватным и необходимым, если бы за таким пациентом, в том числе и нашей, если наблюдение осуществлял один специалист, так называемый «диабетолог».

К фармакологическим средствам, обеспечивающим предупреждение осложнений и улучшение прогноза у пациентов с СД 2 и ССЗ, относятся и антигипертензивные препараты. АГ развивается примерно у 80% больных СД 2, и как показывает практический опыт, в большинстве случаев для достижения целевых показателей АД требуется назначение нескольких

препаратов. В настоящее время существует хорошая доказательная база по лечению АГ у больных СД 2, а препаратами 1-й линии являются ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, так как они предотвращают прогрессирование диабетической нефропатии на всех стадиях поражения у этой категории больных. Гиполипидемическую терапию у пациентов с СД 2 следует начинать независимо от достижения компенсации углеводного обмена. В обсуждаемом случае более целесообразным представляется применение статинов, а именно, розувастатина. Таким образом, наряду с продолжением не медикаментозной терапии, а именно: 6-разовое здоровое питание малыми порциями с 4-5 разовым приемом овощей и фруктов, избегания нервно-психических перенапряжений, физическая активность, пациентке было назначено следующее лечение: метформин 500 мг/сут, лизиноприл 5 мг, розувастатин 10 мг/сут. Пациентка была повторно обследована через 3 мес: на фоне назначенной терапии удалось добиться целевого снижения уровня HbA1c (6,9%), контроля АД (<130/80 мм рт.ст.) и целевых показателей уровня липидов в крови. С течением времени может измениться потребность в сахароснижающей терапии.

Подводя итог, следует отметить, что СД 2 представляет серьезную проблему для здоровья населения. Данный клинический пример наглядно демонстрирует необходимость эффективной своевременной диагностики болезни, а далее контроля гликемии, АД и липидного профиля крови для профилактики сердечно-сосудистых осложнений. Хотя следует помнить о том, что нарушения углеводного обмена оказывают отрицательное влияние и на костно-суставную систему, как у нашей пациентки, когда необходимо помнить о так называемой диабетической артропатии у подобного контингента больных.

Литература

1. Дедов, И.И. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы» / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, Ю.И. Сунцов и др. – М., 2012. – С. 15-16.
2. Дедов, И.И. Ожирение. Метаболический синдром. Сахарный диабет 2 типа / И.И. Дедов. - М., 2000. – С. 111.
3. Джумагулова, А.С. Распространенность и эффективность контроля артериальной гипертензии в Кыргызской Республике (по данным международного исследования «Интерэпид») / А.С. Джумагулова, Т.А. Романова, А.Г. Полупанов // Вестник КРСУ. - 2014. - Том 14, № 4. - С. 63-66.
4. Молитвослова, Н.А. Остеопороз и сахарный диабет: современный взгляд на проблему / Н.А. Молитвослова, Г.Р. Галстян // Сахарный диабет. - 2013. – Т. 16, № 1. – С. 58.
5. Шестакова, М.В. Результаты открытой наблюдательной программы DIAMOND / М.В. Шестакова, О.К. Викулова // Сахарный диабет. – 2011. - № 3, С. 90–96.

6. The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes / N Engl J. Med. – 2008. - № 358. – P. 2560–2572.
7. Aravind, S.R. Hypoglycemia in patients with type 2 diabetes from India and Malaysia treated with sitagliptin or a sulfonylurea during Ramadan: a randomized, pragmatic study / S.R. Aravind, S.B. Ismail, R. Balamurugan // Curr Med Res Opin. – 2012. - № 28 (8). – P. 1–8.
8. Blackwell Publishing Ltd Int, J Clin Pract, November 2011, 65, 11, 1132–1140 «The incidence of hypoglycaemia in Muslim patients with type 2 diabetes treated with sitagliptin or a sulphonylurea during Ramadan: a randomised trial» S.Al Sifri, A.Basounny, A.Echtay, M.Al Omari, I. Harman-Boehm, G.Kaddaha, K.Al Tayeb, A.S.Mahfouz, A.Al Elq, for the 2010 Ramadan Study Group*
9. Bloomgarden, Z.T. Cardiovascular disease in diabetes / Z.T.Bloomgarden // Diabetes Care. – 2008. - №31 (6). – P. 1260–1266.
10. Fatty acid-induced beta cell apoptosis: a link between obesity and diabetes / M. Shimabukuro, Y.T. Zhou, M. Levi, R.H. Unger // Proc Natl Acad Sci U S A. – 1998. – P. 27-28.
11. Gribble, F.M. Differential selectivity of insulin secretagogues: mechanisms, clinical implications, and drug interactions / F.M. Gribble, F. Reimann // J. Diabetes Complications. – 2003. - № 17. – P. 11–15.
12. Goede, P. Effect of multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes / P. Goede, H. Lund-Andersen, H.H. Parving et al. // N. Engl J. Med. – 2008. - № 358. – P. 580–589.
13. Holman, R.R. Ten-year follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes / R.R. Holman, S.J. Paul, M.A. Bethel et al. // N. Engl J. Med. – 2008. - № 359. – P. 1577–1589.
14. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 8th Edition. – 2017. –P. 40-43.
15. Standards of Medical Care in Diabetes-2017: Summary of Revisions // Diabetes Care. – 2017. – P. 40.

СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**Г.С. Бобушова, Б.М. Хонкелдиев, Л.М. Четверикова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) были и остаются ведущей причиной заболеваемости и смертности во многих странах, в том числе и в нашей стране, причем увеличиваются случаи в молодом возрасте [8]. При этом рост заболеваемости, смертности и потери трудоспособности чаще всего являются следствием коронарной болезни сердца (КБС) и мозгового инсульта. Для этих нозологий характерны общие факторы риска (ФР), на

которые, в случае раннего выявления, мы можем воздействовать с целью установления контроля и профилактики заболеваемости.

В рамках исследования «Интерэпид» изучалась распространенность основных сердечно-сосудистых ФР среди жителей трех стран: Россия, Кыргызстан, Казахстан с анализом этнических особенностей [2,12]. Ожирение имело самую высокую распространенность среди жителей Кыргызстана, среди мужчин и женщин коренной кыргызской национальности. Особенности питания населения Кыргызской Республики (КР) и их вкусовые предпочтения, к сожалению, приводят к развитию алиментарного ожирения (АО) уже у молодых людей. Так, в исследовании авторов, проведенных в КР, был выявлен метаболический синдром (МС), при котором абдоминальное ожирение (АО) является основным и обязательным компонентом, у 44,6% обследованных этнических кыргызов [1]. Высокая распространенность МС у этнических кыргызов превышала таковую у американцев, корейцев, китайцев, японцев и монголов [10,11]. Авторы объясняют высокую распространенность МС сравнительно малым числом обследованных пациентов. Но, в то же время объясняют высокую частоту МС среди мужчин кыргызской национальности низким уровнем физической активности и обилием животных жиров в рационе питания. Также известны данные о влиянии генетических факторов на встречаемость МС. Так, представители Южной Азии чаще страдают АО и более предрасположены к развитию МС [12].

В клинических исследованиях, изучающих показатели нарушений липидного спектра (как компонентов МС), было показано, что гипертриглицеридемия ассоциировалась с повышением смертности от ССЗ [13], а уровень холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС) отрицательно коррелировал с ССЗ [6]. При этом клинические исследования кардиометаболических ФР в подавляющем большинстве были проведены среди жителей равнин [4,5], в то время как у этнических кыргызов малочисленны и неоднородны.

Целью настоящего исследования было сравнение параметров липидемии в группе

этнических кыргызов, проживающих в г. Бишкек и г. Ош.

Материал и методы

Были обследованы 60 этнических кыргызов, из которых 30 женщин и 30 мужчин в возрасте 50-65 лет, постоянно проживающих соответственно в г. Бишкек и г. Ош. Как известно, рацион питания местных жителей характеризуется высоким содержанием углеводов, жирных мясных продуктов и относительно редким употреблением в пищу сырых фруктов и овощей. Критериями исключения являлись состояния, потенциально влияющие на липидный профиль:

- оперативные вмешательства, проведенные менее чем за 1 месяц до исследования;
- декомпенсированные хронические заболевания печени и почек;

- дисфункция щитовидной железы;
- прием кортикостероидных, липид-корректирующих препаратов, прогестинов;
- беременность, лактация, а также
- больные сахарным диабетом, получающие инсулин.

Анализировались следующие показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и липопротеиды низкой плотности (ЛПНП). Характеристика нарушений липидного обмена диагностировалась согласно модифицированным критериям АТР III [1]. Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 7.0. Для сравнения переменных с нормальным распределением использовался t-критерий Стьюдента, данные представлены как среднее $\pm$ стандартное отклонение. Достоверность различий между группами обследуемых оценивалась с помощью U-критерия Манна-Уитни. Статистически значимыми считались значения при $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Средний возраст составил $55,4 \pm 10,5$ года. По возрасту сравниваемые группы пациентов не были сопоставимы, поскольку мужчины были несколько старше женщин ($P < 0,05$).

Как видно из данных таблицы 1, характеристика липидного спектра в целом по группам выявила повышение уровня общего холестерина у жителей г. Ош от 60-66,6 % против 40-33,3% у жителей г. Бишкек. Такая же характеристика касается высоких уровней триглицеридов - гипертриглицеридемия - у жителей южного региона (г. Ош) 40-60%, по сравнению с уровнем триглицеридов у жителей столицы – 40-13,3%. Высокий уровень липидов низкой плотности отмечались у жителей обоих регионов - 60-80% г. Бишкек и 80-73,3% г. Ош. В то время как липиды высокой плотности были снижены почти у каждого второго жителя в обоих регионах – 53,3-60%. В исследованиях других популяций прослеживается аналогичная тенденция [5-6].

Таблица 1 - Показатели липидного спектра у жителей г. Бишкек и г. Ош

Показатели липидного спектра	Мужчины г. Бишкек n=15	Женщины г. Бишкек n=15	Мужчины г. Ош n=15	Женщины г. Ош n=15
ОХ > 5,2 ммоль/л	6 (40%)	5 (33,3%)	9 (60%)	10 (66,6%)
ЛПВП < 1,29 ммоль/л у женщин < 1,03 у мужчин	8 (53,3)	8 (53,3%)	8 (53,3%)	9 (60%)
ЛПНП > 2,58 ммоль/л	9 (60%)	12 (80%)	12 (80%)	11 (73,3%)
ТГ > 1,7 ммоль/л	6 (40%)	2 (13,3%)	9 (60%)	6 (40%)

При анализе показателей липидного спектра в абсолютных значениях (таблица 2) в зависимости от полового признака у обследуемых разных

регионов обращает на себя внимание достоверно высокие значения общего холестерина у лиц обоего пола, жителей г. Ош, по сравнению с жителями столицы ($P < 0,05$). При этом липиды низкой плотности как у мужчин, так и у женщин, у жителей южного региона г. Ош, были достоверно выше по сравнению с жителями столицы ($3,8 \pm 1,0$ и $3,8 \pm 0,9$ против $3,3 \pm 1,2$ и $3,5 \pm 1,7$; $P < 0,05$). Отрадно, что липиды высокой плотности соответствовали нормальным значениям у жителей обоих регионов.

Таблица 2 - Показатели липидного спектра у этнических мужчин и женщин, проживающих в г. Бишкек и г. Ош

Показатели	Мужчины г. Бишкек n=15	Женщины г. Бишкек n=15	Мужчины г. Ош n=15	Женщины г. Ош n=15
ОХ > 5,2 ммоль/л	$5,2 \pm 1,3$	$5,0 \pm 10,5$	$5,4 \pm 1,3^*$	$5,6 \pm 0,8^\wedge$
ЛПВП < 1,29 ммоль/л (у женщин), < 1,03 (у мужчин)	$1,2 \pm 0,3$	$2,76 \pm 0,5$	$1,2 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,37$
ЛПНП > 2,58 ммоль/л	$3,3 \pm 1,2$	$3,5 \pm 1,7$	$3,8 \pm 1,0^*$	$3,8 \pm 0,9^\wedge$
ТГ > 1,7 ммоль/л	$1,8 \pm 1,2$	$1,7 \pm 0,2$	$2,3 \pm 1,6^*$	$1,8 \pm 0,8$

Примечание - * различие статистически значимо в сравнении между мужчинами,

^ различие статистически значимо в сравнении между женщинами ($P < 0,05$)

В то время как гипертриглицеридемия отмечалась среди мужчин г. Ош $2,3 \pm 1,6$ против $1,8 \pm 1,2$ г. Бишкек ($P < 0,05$). Указанные результаты у жителей г. Ош, возможно, обусловлены малоподвижным образом жизни, надомным трудом и малым содержанием в рационе питания сырых фруктов и овощей. Такие факторы, как холод, особенности питания, социально-экономические проблемы, географическая изоляция, также имеют большое значение. А как известно, показатели липидного спектра повышаются при ухудшении социально-экономических параметров. При этом более значимым изменениям были подвержены именно женщины, чем мужчины.

Таким образом, в настоящей работе у обследованных этнических кыргызов, проживающих в Ошской области, были выявлены гиперхолестеринемия, значимое повышение атерогенных липидов низкой плотности и гипертриглицеридемия.

Как известно, нарушения липидного спектра входят в основные факторы риска развития ССЗ, как артериальная гипертензия, атеросклероз и КБС, в связи с чем необходимо подчеркнуть особую важность индивидуальной работы с пациентом, когда от врача зависит глубокое понимание больным реальной угрозы его здоровью и необходимости всеми доступными способами снизить уровень ХС крови. И в данном вопросе формирование устойчивой мотивации особенно значимо, так как в отличие

от артериальной гипертензии, например, когда эпизоды повышенного артериального давления могут ощущаться пациентом, высокий уровень ХС крови сам по себе никаким образом не сказывается на самочувствии пациентов. Нельзя не согласиться с рекомендациями Американской комиссии по профилактике ССЗ, что в возрасте 18 лет, каждый молодой человек должен контролировать свое АД, достигая 20 лет – контроль липидного спектра, в 35 л при наличии отягощенной наследственности по сахарному диабету проводить контроль глюкозы крови для своевременной диагностики ССЗ и лечения до развития сердечно-сосудистых осложнений.

Литература

1. Келдибаева, А.Т. Распространенность метаболического синдрома и его компонентов в группе этнических кыргызов / А.Т. Келдибаева, А.С. Керимкулова, О.С. Лунегова и др. // Вестник КГМА. - 2011. - № 1. - С. 40–44.
2. Концевая, А.В. Этнические особенности распространённости основных сердечно-сосудистых факторов риска среди жителей сельской местности в Российском регионе и регионах Кыргызстана и Казахстана / А.В. Концевая, А.О. Мырзаматова, А.Г. Полупанов и др. // Российский кардиологический журнал. - 2017. - № 6, (146). - С. 113-121.
3. Aitbaev, K.A. Study of the effect of migration to highmountain regions on the blood lipoprotein system / K.A. Aitbaev, I. Madaminov, T.S. Meimanaliev et al. // Kosm. Biol. Aviakosm. Med. - 1990. - V. 24. - P. 45–46.
4. Chang, Y.T. Separate and joint effects of diabetes mellitus and chronic kidney disease on the risk of acute coronary syndrome: a population-based cohort study / Y.T. Chang, C.C. Liu, L.M. Tsai et al. // Medicine (Baltimore). - 2014. - V. 93. - P. 261.
5. Chazova, I.E. Prevalence of cardiovascular riskfactors in Russian population of patients with arterial hypertension / I.E. Chazova, V. ZhernakovaIu, E.V. Oshchepkova et al. // Kardiologiia. - 2014. - V. 54, (10). - P. 4–12.
6. Ding, D. Serum lipids, apolipoproteins, and mortality among coronary artery disease patients / D. Ding, X. Li, J. Qiu et al. // Biomed Res Int. – 2014. – P. 709–756.
7. Ford, E.S. Prevalence of metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey / E.S. Ford, W.H. Giles et al. // JAMA. – 2002. – V. 287. – P. 356-359.
8. Global Health Observatory data repository. Mortality and global health estimates 2012: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODWORLD?lang=en>.
9. Kojonazarov, B.K. Noninvasive and invasive evaluation of pulmonary arterial pressure in highlanders / B.K. Kojonazarov, B.Z. Imanov, T.A. Amatov et al. // EurRespir J. - 2007. - V. 29. - P. 352–356.
10. Kim, E.S. Prevalence and clinical characteristics of metabolic syndrome in a rural population of South Korea / E.S. Kim, S.M. Han, Y.I. Kim, et al. // Diabet Med. – 2004. - № 21. – P. 1141-1143.

11. Thomas, G.N. The I IS National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel I prevalence of the metabolic syndrome in a Chinese population / G.N. Thomas, S.Y. Ho, F.D. Janus, et al. // Diabet Res Clin Practice. – 2005. - № 67. – P. 251-257.
12. Polupanov, A.G. The prevalence of hypertension among residents of small towns and rural areas of the Kyrgyz Republic: ethnic features (according to the international “interapid” study) / A.G. Polupanov, F.V. Koncevaya, A.N. Halmatov, et al. // Cardiovascular Therapy and Prevention. – 2015. - № 12, (6). – P. 4-8.
13. Tohidi, M. Lipid profile components and incident cerebrovascular events versus coronary heart disease; the result of 9 years follow-up in Tehran Lipid and Glucose Study / M. Tohidi, R. Mohebi, L. Cheraghi et al. // ClinBiochem. - 2013. - V. 46, (9). - P. 716–21.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ

**А.В. Богданов, К.Б. Дюшеналиев, М.А. Штраус, А.А. Куликова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Из опухолеподобных поражений печени наибольшие трудности возникают при диагностике альвеококкоза, тем более что частота встречаемости последнего неуклонно растет. По данным отечественных авторов заболеваемость альвеококкозом в некоторых районах Кыргызстана достигает 59,7 на 100000 населения [1,2].

Возбудителем альвеококкоза является личиночная стадия цепня *Echinococcus multilocularis*. Основной структурной единицей очага паразитарного поражения являются множественные ларвоцисты. В последних образуются выросты цитоплазмы, и рост пузырьков идет путем почкования наружу, преимущественно вдоль клетчатки сосудисто-секреторных ножек паренхимы печени. Прорастая через пораженную ткань, альвеококковые узлы вызывают нарушение кровоснабжения органа, и как следствие дегенерацию и атрофию тканей. Такой тип роста паразита, характеризующийся как инфильтративный, а также способность альвеококка к метастазированию, сближает данное заболевание со злокачественными опухолями [4].

Выделяют следующие типы альвеококка печени: 1) множественные мелкие кисты без солидного компонента (около 10% случаев); 2) солидный компонент в сочетании с мелкими кистами (около 30% случаев); 3) солидный компонент с большой полостью (около 45% случаев); 4) солидный компонент без кист (около 7-8% случаев); 5) большая полость без солидного

компонента (до 4% случаев); 6) большая полость с выростами паразитарной ткани и/или паразитарными секвестрами (до 2% случаев) [6,3].

Весь комплекс патогенетических факторов (механических, токсических, нейрогенных, иммунологических, вторично – инфекционных) приводит к многообразию, и значительной вариабельности лучевых проявлений альвеококкоза [3].

В диагностике альвеококкоза печени существуют значительные трудности. Во-первых, пункционная биопсия “паразитарной опухоли” противопоказана в связи с угрозой обсеменения брюшной полости и диссеминации альвеококкоза [7]. Во-вторых, серологические реакции у 6-10% больных альвеококкозом отрицательны. В-третьих, ввиду наличия множества типов строения, как было указано выше, не существует патогномоничных клинико-лучевых признаков характерных только для альвеококкоза печени [5].

Основными методами интроскопии альвеококкоза печени в настоящее время являются ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Визуализация «паразитарной опухоли» складывается из следующих основных компонентов: 1) альвеококковые пузырьки; 2) участки грануляционной и фиброзной ткани; 3) очаги колликативного некроза; 4) очаги обызвествления [3].

При ультразвуковом исследовании вышеуказанные признаки и их сочетание наблюдаются также и при других очаговых поражениях печени, и поэтому не являются специфичными диагностическими критериями. РКТ и МРТ являются более достоверными методами диагностики альвеококкоза печени, однако имеют свои особенности.

Целью данного исследования явилось определение диагностических возможностей методов РКТ и МРТ на основе критериев диагностической эффективности (чувствительность, точность специфичность).

Материалы и методы

Группа больных альвеококкозом печени составляла 78 наблюдений. Из общего числа обследованных больных первично выявленные очаги составляли 56 наблюдений (71,8%), продолженный рост паразита после хирургического лечения был зафиксирован у 22 пациентов (28,2%). Основные сведения о формах паразитарного поражения и методах их визуализации представлены в таблице. Исследования проводились на мультиспиральном рентгеновском томографе Toshiba Aquilion CX 64 и МРТ системе Toshiba Vantage Elan 1.5 T.

Из представленной таблицы видно, что наиболее часто выявляемым типом альвеококкоза печени являлась смешанная форма поражения. Достоверная верификация кистозной и инфильтративной форм поражения на основе метода РКТ чаще всего была затруднена, однако идентификация самого факта альвеококкоза не представляла трудностей, за исключением случаев кистозных форм без явлений кальцинации. Магнитно-резонансная

томография давала максимально полную информацию о структуре пораженного паразитарного участка, а также наличия дочерних метастатических паразитарных очагов.

Таблица - Методы визуализации и характеристика форм альвеококкового поражения паренхимы печени

	Кистозная форма поражения (количество больных)				Инфильтративная форма (количество больных)		Смешанная форма (количество больных)		Всего
	монокиста		поликиста						
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
РКТ	3	11,1%	2	7,4%	1	3,7%	21	77,8%	27
МРТ (высокое поле)	8	15,7%	7	13,7%	14	27,5%	22	43,1%	51
Итого:	11	14,1%	9	11,5%	15	19,2%	43	55,1%	78
	20 (25,6%)								

Практически все больные с альвеококковым поражением печени обращались в специализированные медицинские учреждения в запущенных случаях, большинство из них были лица до 45-ти летнего возраста.

Результаты исследований

Альвеококковое поражение печени на без контрастных РКТ изображениях отличались характерным видом и были представлены в виде участка неоднородно пониженной плотности, с достаточно четкими, неровные контуры. Однако истинные границы паразитарной инвазии на основании рентгеновской компьютерной томографии установить не всегда представлялось возможным, что требовало проведение МСКТ с болюсным контрастным усилением. В структуре участка паразитарного поражения, как в центре, так и по периферии, прослеживались либо единичные, либо множественные очаги обызвествлений, в виде неоднородной «облаковидной тени или пелены». Последний симптом являлся наиболее патогномичным и фактически решающим в постановке диагноза паразитарной инвазии (рисунок 1).

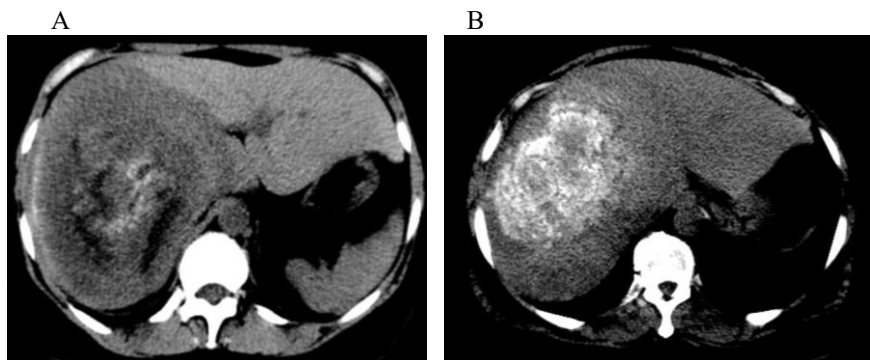


Рисунок 1 - Варианты РКТ визуализации альвеококкового поражения печени (А – участок поражения с четкими контурами; В – участок с массивной кальцинацией с размытыми контурами)

На МРТ изображениях альвеококкоз печени был представлен в виде участка неправильной формы, с четкими, неровными контурами. Сигнальные характеристики участка паразитарного поражения имели следующие особенности: 1) основная масса поражения была представлена умеренно неоднородно гипоинтенсивным сигналом в режимах T2W, T1W, умеренно неоднородно гиперинтенсивным сигналом в режиме STIR, что соответствовало участкам грануляционной и фиброзной ткани; 2) выраженные гипоинтенсивные неоднородные включения (во всех режимах сканирования) представляли очаги обызвествлений, в том числе сливного характера; 3) выраженные гиперинтенсивные очаги в режимах T2 и STIR соответствовали альвеококковым пузырькам и очагам колликвационного некроза.

Наиболее точно объем поражения (в виде демаркационной линии) как в случаях инфильтративной формы поражения, так и при кистозных формах, фиксировался в последовательности T1W, так как в режиме T2W контуры поражения были размытыми, а в режимах STIR и DWI основной участок поражения зачастую переходил к контурную зону перифокального отека (рисунок 2).

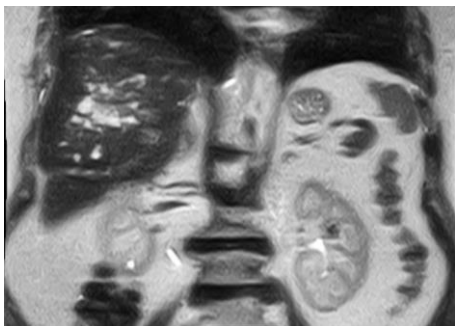
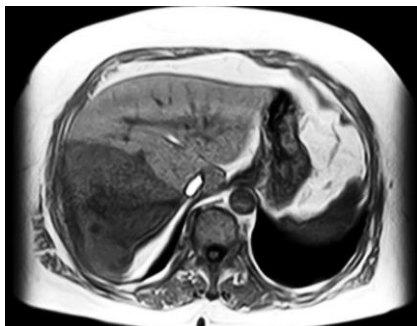
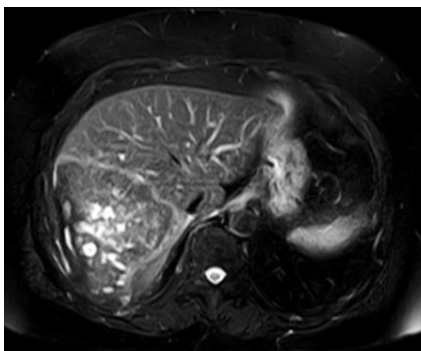
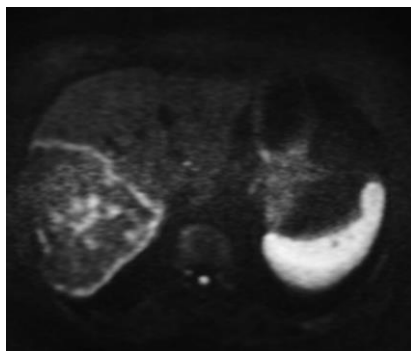
T2W**N1W****STIR****DWI**

Рисунок 2 - МРТ визуализация преимущественно инфильтративной формы альвеококкового поражения печени (основная масса поражения представлена массивными грануляционным и фиброзным компонентами, в центре – альвеококковые пузырьки, по периферии в режимах STIR и DWI прослеживается четкая гиперинтенсивная линейная структура соответствующая паразитарному, возможно воспалительному отеку прилежащей паренхимы)

При кистозных формах все компоненты присущие альвеококковому поражению сохранялись. Обширная центральная жидкостная зона имела в большинстве случаев неправильную формы, а периферическая часть была представлена достаточно толстым фиброзно-грануляционным валом. В большинстве случаев последний имел полиповидные и грибовидные «выросты» в собственно кистозную полость (рисунок 3).

Средний размер паразитарного участка по данным нашего исследования составлял $104,7 \pm 4,1$ мм в максимальном осевом сечении. Наибольший поперечный размер участка поражения достигал 201,2 мм, с поражением правой и левой долей. Наименьший очаг паразитарного поражения выявленный методом РКТ составлял 39,6 мм в поперечнике, методом МРТ – 32,5 мм.

Альвеококковое поражение правой доли печени было выявлено в 57-ми случаях (73,1%), изолированное поражение левой доли печени в 6-ти случаях (7,7%), в одном случае (1,3%) было зафиксировано изолированное поражение квадратной доли печени, одновременное поражение нескольких долей печени наблюдалось у 14-ти пациентов (17,9%). В подавляющем большинстве случаев (76,1%) участок паразитарной инвазии распространялся сразу на несколько сегментов печени, с преимущественной локализацией в VIII и VII сегментах.

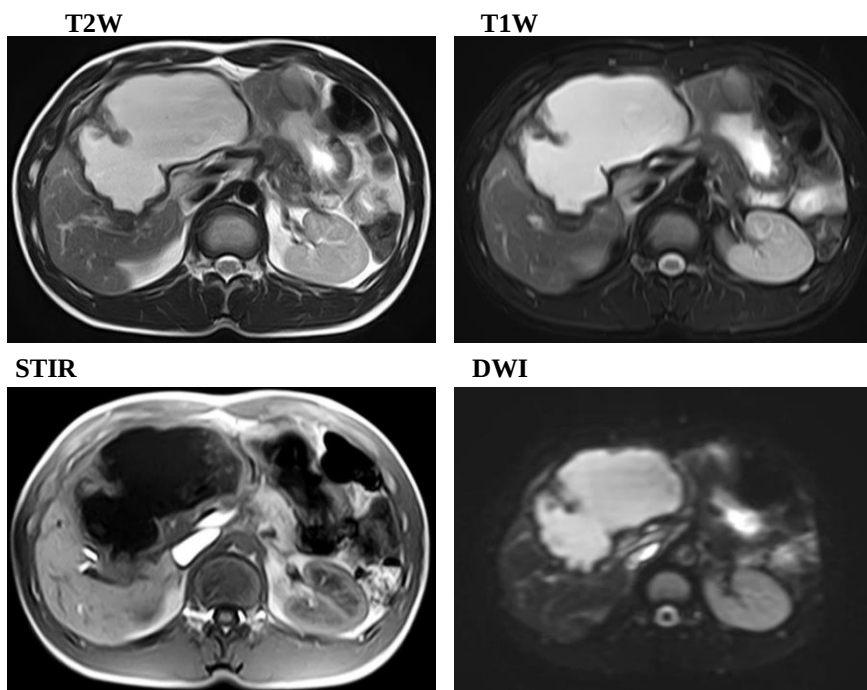


Рисунок 3 - МРТ визуализация преимущественно кистозной формы альвеококкового поражения печени (основная масса поражения представлена жидкостным компонентом неправильной формы, периферическая часть неравномерной толщины соответствует фиброзно-грануляционному компоненту)

В 23-х случаях (29,5%) было выявлено компримирование и деформация структур ворот печени, в 11 случаях (14,1%) данный факт обуславливал наличие биллиарной гипертензии и вызванной ее механической желтухой, что собственно и явилось причиной обращения за медицинской помощью. В 24-х случаях (47,1%) выявленных методом МРТ зона паразитарного поражения была окружена участком перифокального отека, причем в 2-х наблюдениях (3,9%) отек был расценен как выраженный (толщиной более 10,0 мм). Также методом МРТ в 5-ти случаях (9,8%) в паренхиме печени, на отдалении от основной массы альвеококкового поражения, были выявлены паразитарные метастатические очаги размером от 3,2 до 55,6 мм в диаметре. В одном случае мы наблюдали массивное паразитарное обсеменение брюшины, преимущественно по передней брюшной стенке.

Поражение (инкорпорация) нижней поллой вены было зафиксировано в 6-ти случаях (7,7%), два из них методом РКТ, соответственно четыре методом МРТ. Инкорпорация печеночных вен оценивалась только методом МРТ и была выявлена в 8-ми случаях (15,7%).

В нашем исследовании рентгеновская компьютерная томография в качестве первичного диагностического приема позволила правильно диагностировать альвеококкоз печени в 19-ти случаях (70,4%). В 8-ми случаях (29,6%), диагноз паразитарной альвеококковой инвазии вызывал сомнения и был подтвержден операционно в 5 случаях. У 3-х пациентов в итоге диагностировано опухолевое поражение печени. Таким образом, показатели диагностической эффективности метода РКТ составили: чувствительность – 94,1%; точность – 78,2%; специфичность – 12,5%.

Магнитно-резонансная томография, как первичный метод диагностики, в 100% случаев позволил правильно установить диагноз паразитарной инвазии. Лишь в одном случае альвеококковая моно-киста малого размера была ошибочно классифицирована как эхинококковое поражение. По итогам проведенных МРТ исследований показатели диагностической эффективности составили: чувствительность – 100,0%; точность – 95,3%; специфичность – 100%.

Выводы. Наиболее информативным и безопасным методом интроскопии в диагностике альвеококкового поражения печени является метод высокопольной магнитно-резонансной томографии.

Литература

1. Айтбаев, С.А. Альвеококкоз в Кыргызской Республике и особенности его оперативного лечения / С.А. Айтбаев: Дисс. ... канд. мед. наук. – 2008. – 101 с.
2. Бебезов, Б.Х. Операции при альвеококкозе печени с поражением нижней поллой вены и воротной вены / Б.Х. Бебезов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев и др. // Вестник КРСУ. - 2015. - Т15, №7. - С. 27-30.
3. Черемисинов, О.В. Варианты изображений очагов альвеококкоза в печени на магнитно-резонансных томограммах / О.В. Черемисинов // Медицинская визуализация. – 2005. – №2. – С. 73-77.

4. Черемисинов, О.В. Возможности рентгеновской и магнитно-резонансной томографии в диагностике альвеококкоза печени / О.В. Черемисинов // Медицинская визуализация. – 2003. – №4. – С. 46-52.
5. Balci, N.C. Hepatic alveolar echinococcosis: MRI findings / N.C. Balci, A. Tunaci, R.C. Semelka et al. // Magn. Reson Imaging. - 2000. - V. 18. - P. 537-541.
6. Kodama, Y. Alveolar Echinococcosis: MR Findings in the Liver / Y. Kodama, N. Fujita, T. Shimizu et al. // Radiology. - 2003. - V. 228. - P. 172-177.
7. Yamashita, K. Intraperitoneal dissemination probably caused by needle biopsy of alveolar echinococcosis of the liver: experimental study / K. Yamashita, K. Furuya, T. Namieno et al. // World J. Surg. – 1997. – V. 21. – P. 856-859.

САРКОПЕНИЯ КАК КОМОРБИДНОСТЬ: ВОЗМОЖНОСТИ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ (обзор литературы)

**Р.Р. Давузов, И.Г. Кинванлун, М.К. Канкулиева,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

В обзорной статье представлены результаты анализа литературы, посвященной саркопении и возможностям метода биоимпедансометрии в оценке компонентного состава тела человека. Саркопения является состоянием, которое практически всегда сопровождается развернутые и терминальные стадии хронических заболеваний, таких как хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, цирроз печени, сахарный диабет, хроническая болезнь почек и др. Саркопения - распространенный клинический синдром, с неотвратимыми последствиями, такими как ухудшение самообслуживания и качества жизни, увеличение риска ятрогенных осложнений, госпитализаций и развитие летального исхода.

Многие заболевания, как острые, так и хронические, сопровождаются прогрессирующей потерей массы тела. Результатом этого может быть развитие воспалительных процессов, недостаточного питания или истощения. Согласно определению, предложенному Европейским обществом по клиническому питанию (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN, 2015), недостаточным питанием называется состояние, при котором в результате недостаточного поступления в организм или усвоения в нем питательных веществ отмечаются изменения в компонентном составе организма, в частности снижение тощей массы тела, приводящие к нарушению физических и психических функций организма, ухудшающие клинический исход заболевания [10]. Компонентный состав организма в упрощенном виде состоит из двух частей - жировой массы и так

называемой «тощей» или без жировой массы [4]. С помощью новых технических достижений стало возможным оценить изменения отдельных компонентов состава организма, а также его влиянием на течение и исход заболеваний. Также было показано, что изменения в тощей и мышечной массе тела у больных часто опережают снижение общей массы тела. В настоящее время значение в оценке тяжести, динамике течения и прогнозе заболевания имеет наличие и степень выраженности мышечного истощения (саркопения) у больных [7]. Термин «саркопения» (от греческих слов *sarx* - мясо, *plōtē* - недостаток) был предложен профессором из США Ирвином Розенбергом (Irwin Rosenberg) в 1988 г. [17]. Саркопения - это состояние, проявляющееся генерализованной прогрессирующей потерей скелетной мышечной массы, мышечной силы и работоспособности, что приводит к немощности, снижению качества жизни и преждевременной смерти [11]. В сентябре 2016 г. диагноз «саркопения» был официально включен в дополненную версию 10-й международной классификации болезней (МКБ-10) под кодом М 62.84 [9]. В настоящее время термин «саркопения» получил более широкое толкование и перестал рассматриваться как сугубо гериатрическая проблема. В зависимости от причины выделяют первичную (возрастассоциированную) и вторичную саркопению [11]. Вторичная саркопения может быть обусловлена низкой физической активностью, нарушением питания и хроническими заболеваниями, в том числе хронической сердечной недостаточностью, хронической обструктивной болезнью легких, хронической почечной недостаточностью и др. [15]. Возможности детального анализа компонентного состава тела раньше были весьма ограничены. В настоящее время диагностические возможности существенно расширились. Для анализа многокомпонентного состава организма используются такие инструментальные и высокотехнологичные методы, как биоимпедансометрия, компьютерная и магнитно-резонансная томографии, рентгеновская абсорбциометрия, денситометрия и др. Они позволяют как качественно, так и количественно оценить точное содержание жира, мышечной массы, костей, воды в различных частях организма [7]. Биоимпедансный анализ (БИА) - это контактный метод измерения электрической проводимости биологических тканей, дающий возможность оценки широкого спектра морфологических и физиологических параметров организма. В биоимпедансном анализе измеряются активное и реактивное сопротивления тела человека и/или его сегментов на различных частотах. На их основе рассчитываются характеристики состава тела, такие как жировая, клеточная и скелетно-мышечная масса, объем и распределение воды в организме. Для проведения биоимпедансометрии используют аппарат, который называется биоимпедансметр [4]. На сегодняшний день биоимпедансный анализ успешно применяют в своей практике врачи разных специальностей: диетологи, эндокринологи, реаниматологи, терапевты, кардиологи, нефрологи, а также доктора других направлений. Сегодня в

мире в научных исследованиях, клинической и спортивно-оздоровительной медицине, диетологии и косметологии применяется огромное количество различных биоимпедансных анализаторов. Существует несколько видов приборов для измерения биоимпеданса, но принцип действия для всех одинаков.

На основании данных биоимпедансометрии можно оценить следующие показатели:

- индивидуальное значение идеального веса.
- количество жировой ткани в килограммах и в отношении к общему весу.
- количество внеклеточной жидкости (кровь, лимфа).
- количество внутриклеточной жидкости.
- количество жидкости, находящейся в организме в связанном состоянии (в отеках).
- количество в килограммах и процентах активной клеточной массы (мышцы, органы, мозг и нервные клетки).
- Индекс массы тела (ИМТ).
- основной обмен веществ (ккал) - обмен веществ за 24 часа в состоянии покоя.
- соотношение ионов натрия и калия в организме (Na^+/K^+).
- отклонение измеренных величин от нормы.

Общий вес тела рассматривается как совокупность жировой и тощей массы. Тощая, или нежировая масса, включает в себя внеклеточную (соединительная ткань, внеклеточная жидкость) и активную клеточную массу (клетки мышц и органов, нервные клетки). Величина каждого показателя зависит от нескольких факторов, в особенности от пола и возраста обследуемого [3].

Основные параметры показателей:

1. Количество жидкости в организме.

Определяется общий объем, а также содержание внутри-, вне- и межклеточной жидкостей. В норме этот параметр равен 45–60% массы тела. С помощью показателя количества межклеточной жидкости можно оценить, имеются ли отеки, которые могут указывать на нарушение функции сердца или почек. По уровню повышения данного показателя можно судить о степени выраженности задержки жидкости в организме. Внеклеточная жидкость - это кровь и лимфа. Когда количество внеклеточной жидкости ниже нормы, это указывает на сгущение крови, что повышает вероятность образования тромбов (и, соответственно, риск развития тромбоза вен, инфаркта и инсульта) [13,6].

2. Индекс массы тела.

Путем расчета данного показателя оценивается степень соответствия массы человека его росту, что косвенно позволяет судить об умеренном, недостаточном или избыточном весе.

3. Скорость основного обмена.

Показатель основного (или базального) обмена веществ - это суточный расход калорий в состоянии покоя, необходимый организму для обеспечения нормальной жизнедеятельности. Чем выше скорость обмена, тем больше калорий сжигается. Чем она ниже, тем больше вероятность набора лишнего веса [5,8].

4. Фазовый угол биоимпеданса.

Данный параметр (характеризующий сдвиг фазы переменного тока относительно напряжения) считается показателем тренированности и выносливости организма, состояния его клеток и интенсивности обмена веществ. Также на его основании делается вывод о биологическом возрасте человека (соответствие физических параметров фактического возраста), поскольку высокие цифры фазового угла указывают на хорошую активность скелетных мышц и отличное состояние клеточных мембран [18,16].

5. Активная клеточная масса (АКМ).

Чем выше в организме процент активной клеточной массы, тем больше человек тратит энергии (включая затраты на пищевой термогенез, основной обмен и физическую активность) и тем быстрее худеет, поскольку в АКМ происходит основное сжигание калорий. При дефиците активной клеточной массы накопление жира будет продолжаться даже при низкой калорийности рациона [14].

6. Костная масса.

Костная масса представляет собой совокупность в организме человека органических веществ, таких как кальций, магний, цинк и др. Средний показатель оценочной костной массы в зависимости от пола и массы тела составляет: для женщин до 50 кг - 1,95 кг костной ткани; от 50 до 75 кг - 2,40 кг; более 75 кг - 2,95 кг, а для мужчин до 65 кг - 2,66 кг костной ткани; от 65 до 95 кг - 3,29 кг; более 95 кг - 3,69 кг [2].

Недостаток костной массы может быть признаком остеопороза, нарушения структуры костной ткани, что ведет к повышенному риску возникновения переломов.

7. Жировая масса.

Жировая ткань необходима организму, поскольку является запасом энергии, витаминов и жирных кислот, которые являются участниками жизненно важных процессов. Жировые клетки выполняют защитную и теплоизолирующую функции, накапливают и синтезируют некоторые гормоны. Однако избыток жировой массы вызывает в организме многочисленные нарушения.

Оптимальный уровень жирового компонента в процентах для женщин в зависимости от возраста: до 30 лет - 20-28%, 30-39 лет - 21-29%, 40-49 лет - 22- 29%, 50-59 лет – 23-31%, после 60 лет - 24 -32%, а у мужчин до 30 лет - 18-24%, 30-39 лет - 19-26%, 40-49 лет - 19-27%, 50-59 лет - 20-29%, после 60 лет – 22-31% [1].

8. Рейтинг физического развития.

Этот параметр оценивает физическое состояние в соответствии с соотношением количества жира и мышечной массы в организме. Если исследуемый становится более активным и количество жира в организме снижается, то рейтинг физического развития соответствующим образом также изменяется. Даже если общий вес не изменяется, уровни мышечной массы и жира могут изменяться [12].

Заключение:

Саркопения достаточно часто встречается в клинической практике среди различных категорий терапевтических и хирургических пациентов. Саркопения является независимым фактором риска развития осложнений, в том числе жизнеугрожающих.

Таким образом, биоимпедансометрия является одним из передовых методов оценки состава тела человека, что предполагает ее широкое использование в различных областях профилактической и клинической медицины. В основе биоимпедансометрии лежит комплексное изучение состояния организма на доклинических стадиях развития заболевания, в период его развития и в процессе динамического наблюдения. В совокупности с фундаментальными морфологическими, функциональными, биохимическими и клиническими методиками исследования биоимпедансометрия предоставляет возможности оценки индивидуально-типологических характеристик организма человека, что потребует коррекции лечения у этой категории больных.

Литература

1. Гайворонский, И.В. Биоимпедансометрия как метод оценки компонентного состава тела человека (обзор литературы)/ И.В. Гайворонский, Г.И. Ничипорук, И.Н. Гайворонский и др. // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия Медицина. - 2017. – Т. 12, вып. 4. - С. 365-384.
2. Гайворонский, И.В. Конституциональные особенности возрастных изменений минеральной плотности костной ткани у взрослых женщин Республики Карелии / И.В. Гайворонский // Вестник Санкт-Петербургского ун-та. Серия 11. Медицина. - 2014. - Вып. 3. - С. 158–164.
3. Николаев, В.Г. Антропологическое обследование в клинической практике / В.Г. Николаев, Н.Н. Николаева, Л.В. Синдеева. - Красноярск: Версо, 2007. – 173 с.
4. Николаев, Д.В. Биоимпедансный анализ состава тела человека / Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, И.Г. Бобринская и др. - М.: Наука, 2009. - 392 с.
5. Николаев, Д.В. Спектр применения методик биоимпедансного анализа и новые возможности их использования в интенсивной терапии / Д.В. Николаев, В.П. Кротов, В.Б. Носкови др. // Сб. тр. науч.-практ. конф. - М., 2003. - С. 301–309.

6. Николаев, Д.В. Методические вопросы биоимпедансного анализа состава тела и баланса водных секторов / Д.В. Николаев, А.В. Смирнов, В.Б. Носков // Сб. тр. науч.-практ. конф. - М., 2004. - С. 105–114.
7. Хорошилов, И.Е. Саркопения у больных: возможности диагностики и перспективы лечения / И.Е. Хорошилов // Лечащий врач. – 2017. – Т. 8. – С. 36–40.
8. Хрущева, Ю.В. Верификация и описание возрастной изменчивости биоимпедансных оценок основного обмена / Ю.В. Хрущева, А.Д. Зубенко, Е.С. Чедия и др. // Сб. тр. науч.-практ. конф. - М., 2009. - С. 353–357.
9. Anker, S. D. Welcome to the ICD-10 code for sarcopenia / S. D. Anker, J. E. Morley, S. Haehling // J. Cachexia, Sarcopenia and Muscle. - 2016. - Vol. 7, № 5. - P. 512–514.
10. Cederholm, T. Diagnostic criteria for malnutrition — an ESPEN Consensus Statement / T. Cederholm, I. Bosaeus, R. Barazzoni et al. // Clin. Nutr. - 2015. - Vol. 34, № 3. - P. 335–340.
11. Cruz-Jentoft, A.J. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People / A.J. Cruz-Jentoft, J.P. Baeyens, J.M. Bauer et al. // Age Ageing. – 2010. – V. 39(4). - P. 412–423.
12. Eickemberg, M. Bioelectrical impedance and visceral fat: a comparison with computed tomography in adults and elderly / M. Eickemberg, C.C. Oliveira, A.K. Roriz // Arch. Bras. Endocrinol. Metabol. - 2013. - Vol. 57, N 1. - P. 27–32.
13. Ghezzi, F. Bioelectrical impedance analysis during pregnancy and neonatal birth weight / F. Ghezzi, M. Franchi, D. et al. // Eur. J. of Obstetr. & Gynecol. and Reproduct. Biol. - 2001. - Vol. 98, N 2. - P. 171–176.
14. Janssen, I. Estimation of skeletal muscle mass by bioelectrical impedance analysis / I. Janssen, S.B. Heymsfield, R.N. Baumgartner // Am. J. Clin. Nutr. - 2000. - Vol. 89, N 2. - P. 465–471.
15. Kizilarlanoglu, M.C. Sarcopenia in critically ill patients / M.C. Kizilarlanoglu, M.E. Kuyumcu, Y. Yesil et al. // J. Anesth. – 2016. - V. 30, (5). – P. 884–890.
16. Mara, M. Bioelectrical impedance phase angle in constitutionally lean females, ballet dancers and patients with anorexia nervosa / M. Mara, A. Caldara, C. Montagnese // Eur. J. Clin. Nutr. – 2009. - V. 33, N 1. – P. 905–908.
17. Rosenberg, I. Summary comments / I. Rosenberg // Am. J. Clin. Nutr. - 1989. - Vol. 50. - P. 1231–1233.
18. Selberg, O. Norms and correlates of bioimpedance phase angle in healthy human subjects, hospitalized patients, and patients with liver cirrhosis / O. Selberg, D. Selberg // Eur. J. Appl. Physiol. – 2002. - V. 86, N 6. - P. 509–516.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕГМЕНТА ST С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

**А.Н. Даниярова, А.А. Омурзакова, Н.В. Ханкишиева,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

В последние годы растет частота встречаемости больных с коронарной болезнью сердца (КБС) и смертности от сердечно-сосудистых осложнений, в том числе и от внезапной смерти.

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти во всем мире: ни по какой другой причине ежегодно не умирает столько людей, сколько от сердечно-сосудистых заболеваний. Эта проблема в разной степени затрагивает страны с низким и средним уровнем дохода. Более 80% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний происходит в этих странах, почти в равной мере среди мужчин и женщин.

Впервые эпизоды подъема сегмента ST при мониторинге электрокардиограммы (ЭКГ) описаны N.Holter в 60-х годах прошлого столетия. S. JrSchanghici. Perinепровели исследование, направленное на оценку эпизодов безболевого ишемии миокарда (БИМ) у пациентов с доказанной КБС по данным холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ. Выяснилось, что 75 % эпизодов отклонения от изоэлектрической линии сегмента ST в этой группе больных протекали бессимптомно. Эти же авторы косвенно доказали, что данные эпизоды являются ишемическими по достоверному уменьшению их количества при использовании нитратов с профилактической целью. В настоящее время предполагается, что у больных со стенокардией эпизодов БИМ, немало, хотя точная доля их неизвестна. В целом, примерно у 50% пациентов со стенокардией по данным ХМ ЭКГ выявляется БИМ, причем на фоне адекватного лечения показатель снижается примерно до 1/4 - 1/3.

Отдельно следует рассмотреть возможности ХМ ЭКГ у пациентов с острым коронарным синдромом. Установлено, что почти у 2/3 больных с нестабильной стенокардией при проведении ХМ ЭКГ регистрируются безболевые эпизоды ишемии. Наличие эпизодов БИМ в данной группе является клинически значимым прогностическим фактором неблагоприятных исходов в стационаре, включая смерть, инфаркт миокарда (ИМ) и потребность в реваскуляризации.

Что такое коронарная болезнь сердца (КБС)

Коронарная болезнь сердца (ишемическая болезнь сердца) - патологическое состояние, характеризующееся абсолютным или относительным нарушением кровоснабжения миокарда в следствие поражения коронарных артерий.

Цель работы – изучить распространенность «ишемических» нарушений ритма и проводимости при различных формах стенокардии, возможность их выявления с помощью ЭКГ - мониторинга.

Материалы и методы

Нами были проанализированы данные суточного ЭКГ-мониторирования 918 пациентов в возрасте от 28 до 84 лет (средний возраст 58 лет),



обследованных в течение 2018 года. У всех регистрировались потенциалы с 12 отведений в течение 24 часов. Для выполнения обследования всем пациентам раздавались специальные анкеты, в которой предусматривался сбор симптомов, характерных для диагностики ишемической болезни сердца: боли в прекардиальной области, сердцебиение, одышка. Всем пациентам проводились: электрокардиография, суточное ЭКГ-мониторирование. Обследование было направлено главным образом на выявление признаков коронарной

Рисунок 1 -Регистрирующее устройство болезни сердца, частоту их встречаемости, сочетание с другими нарушениями ритма сердца. Исследование проводилось в реальном масштабе времени, на аппарате TLC-500, фирмы CONTEC (Copyright Contec Medical Systems CQ, LTD 1998), где за 1 секунду оценивается только один комплекс QRS, что дает возможность более глубокой оценки. Применялся беспленочный регистратор и регистрирующее устройство (рисунок 1), которое состоит из электродов, проводов, соединяющих электроды с главным кабелем, главного кабеля, прижимного устройства, собственного регистратора.

Критериями ишемии миокарда является депрессия сегмента ST на 1 мм и более, отстоящая от точки J на 80 мс или точка на расстоянии 45 мс от верхушки зубца R при ее продолжительности не менее 1 минуты. БИМ считали наличие вышеуказанных изменений на ЭКГ при отсутствии болевого синдрома (клинических эквивалентов). В течение суток определяли количество эпизодов ишемии миокарда, их степень и продолжительность; общее число и структуру аритмий, частоту возникновения наджелудочковой (НЭ) и желудочковой (ЖЭ) экстрасистолии, а также наличие эпизодов мерцания предсердий (МП) и нарушения проводимости сердца – А-V блокады различной степени, транзиторные блокады ножек пучка Гиса.

Результаты и их обсуждения

Результаты проведенного исследования позволили выявить изменение сегмента ST у 92 пациентов, в возрасте от 28 до 84 лет, что составило 10,02% от общего количества, из них 47 - женщины, а 45 - мужчины.

У 78 (8,5%) пациентов было выявлено смещение сегмента ST ниже изоэлектрической линии. У них были зарегистрированы следующие нарушения возбудимости: экстрасистолы, причем часто сочетались

суправентрикулярные (СВЭС) 71,8% и желудочковые (ЖЭС) формы 67,9%, атриовентрикулярные (АВЭС) у 11,5%.

Ниже мы приводим результаты суточного ЭКГ - мониторингирования пациента с депрессией сегмента ST (рисунок 2,3,4).

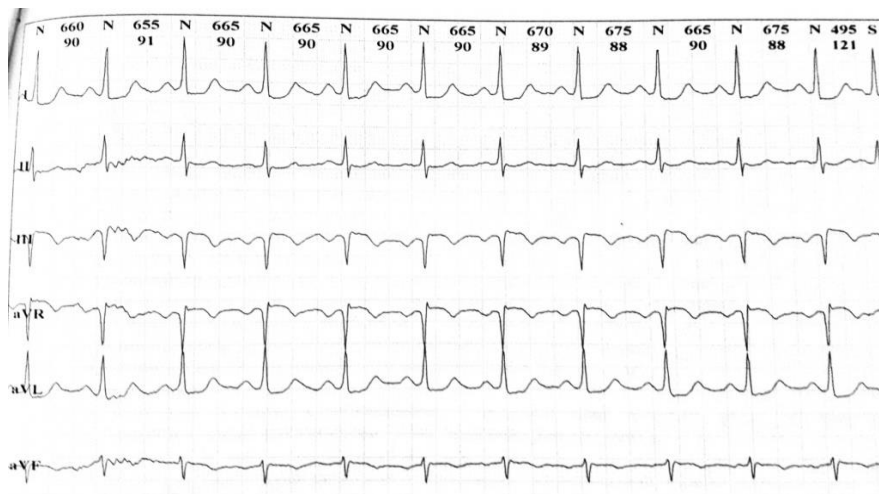


Рисунок 2 - Больной 60 лет, выявлена смещение сегмента ST более 1 мм в отведениях aVL, Iотведениях (высокой боковой стенке левого желудочка)

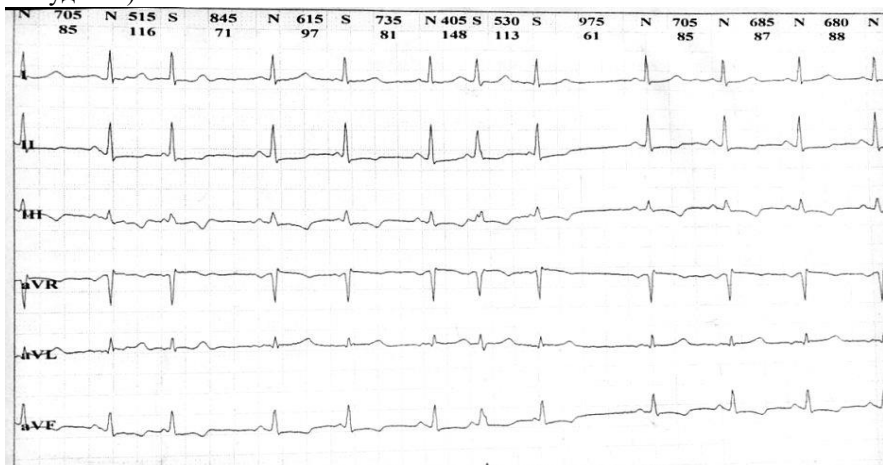


Рисунок 3 - Больная 70 лет, на ЭКГ горизонтальное смещение сегмента ST на нижней стенке левого желудочка (в отведениях II, III, aVF), одиночные и парные суправентрикулярные экстрасистолы

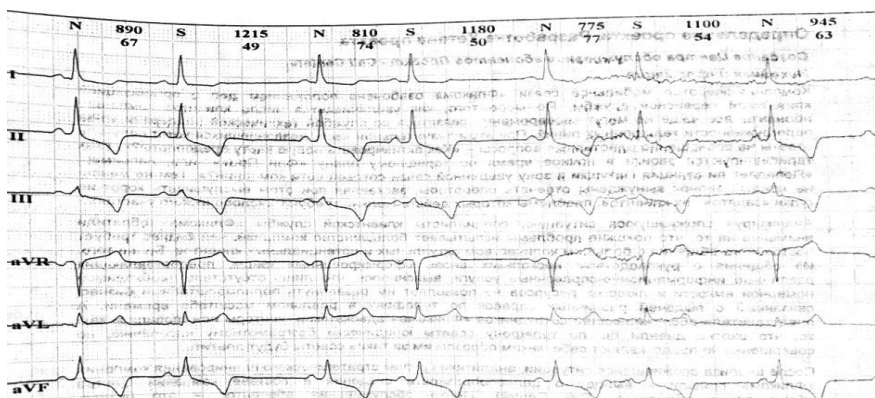


Рисунок 4 - Больной 65 лет, выявлена косонисходящая депрессия сегмента ST и отрицательные зубцы T на нижней стенке (в отведениях II, III, aVF) и суправентрикулярная экстрасистолия по типу бигеминии

На фоне очаговых изменений миокардасуправентрикулярная пароксизмальная тахикардия выявлена у 2, мерцательная аритмия (МА) - у 2 пациентов. У обследованных пациентов зарегистрированы следующие нарушения проводимости: атрио-вентрикулярная (A-V) блокада II степени Мобитц 1 тип - у 1 пациента; блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ) - у 1 пациента, блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ) - у 3 пациентов. Кроме этого, у трех пациентов – переходящий WPW – синдром, а у двух – CLC – синдром.

Ниже приводим ЭКГ больного с депрессией сегмента ST в сочетании с A-V блокадой II степени Мобитц 1 (рисунок 5).

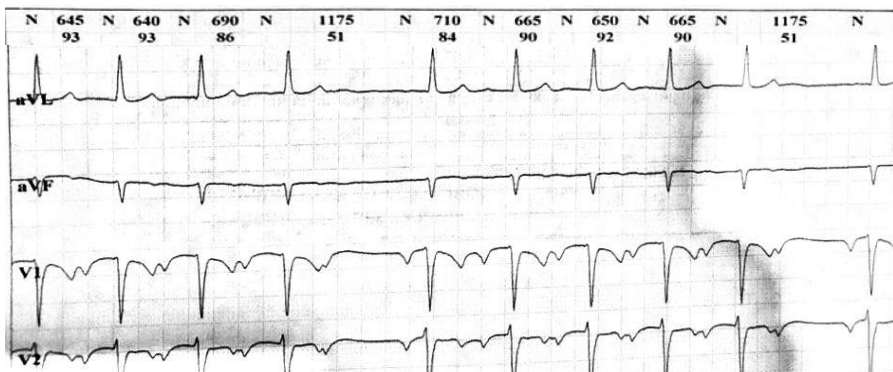


Рисунок 5 - Больной 63 года, на снятой ЭКГ регистрируется смещение сегмента ST в отведениях V1, V2 в сочетании с A-V– блокада II степени Мобитц 1

На следующей ЭКГ показаны нарушения ритма на фоне очаговых изменений миокарда (рисунок 6):

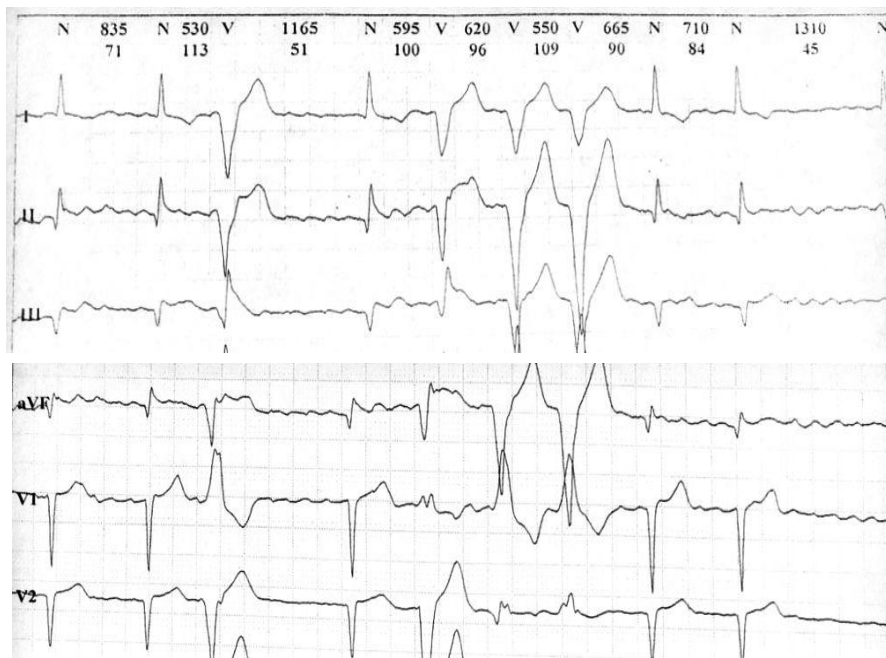


Рисунок 6 - Больная 63 года, на фоне рубцовых изменений нижней стенки левого желудочка и передней части межжелудочковой перегородки регистрируется единичные, парные левожелудочковые экстрасистолы LownII, IIIa, мерцательная аритмия

Комбинированные нарушения ритма: преходящий WPW-синдром и А-V блокада II степени Мобитц 2 тип зарегистрирован у одного, А-V блокада II степени и БЛНПГ у двух, а преходящее трепетание предсердий и пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия - у одного пациента.

У 14 (1,5%) пациентов зарегистрирована элевация сегмента ST; из них у 64% – одновременно регистрировались ЖЭС, 57% - предсердные ЭС, АВЭС- у 21%; БЛНПГ- у троих, AV-блокада II степени Мобитц 2 тип - у четверых пациентов.

Ниже приводим данные результатов суточного ЭКГ – мониторингирования пациента с элевацией сегмента ST (рисунок 7).

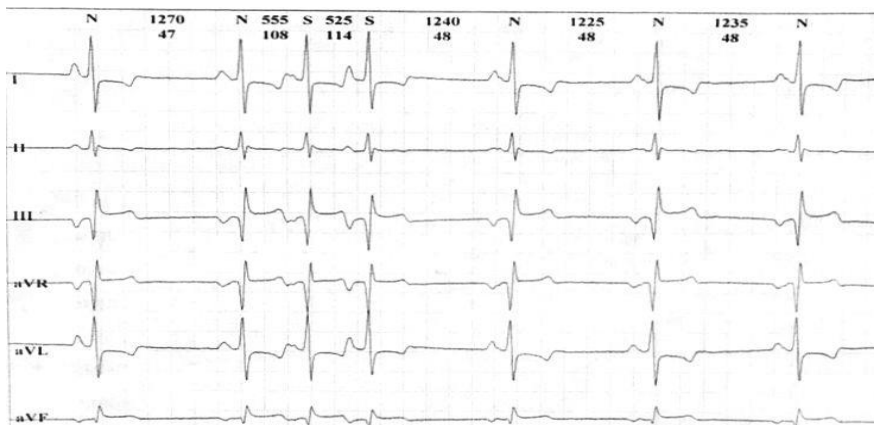


Рисунок 7 - Больная 79 лет, ритм правопредсердный, зарегистрирована элевация сегмента ST в отведениях III, aVF, парные суправентрикулярные экстрасистолы

Следующий результат из данных суточного ЭКГ мониторингирования у пациента с синдромом CLC и рубцовыми изменениями миокарда (рисунок 8):

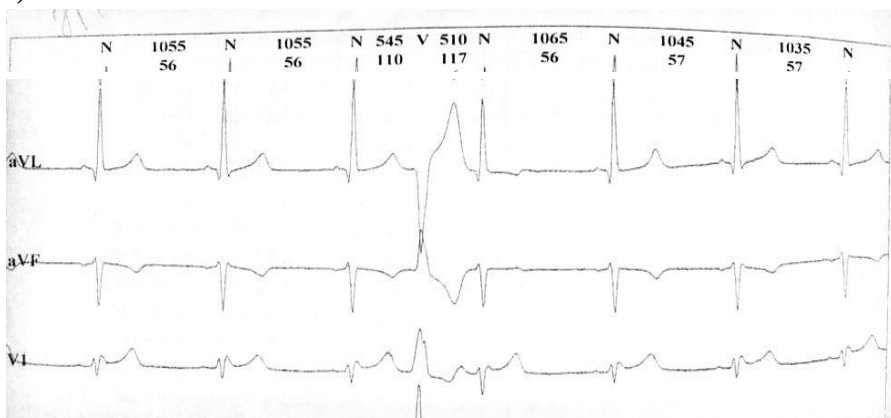


Рисунок 8 - Больной 69 лет, синдром CLC, рубцовые изменения изолированной высокой боковой стенки левого желудочка, вставочная желудочковая экстрасистола

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить БИМ и распространенность «ишемических» нарушений возбудимости и

проводимости сердца у больных с КБС, также выявить степень смещения или подъема сегмента ST, длительность болевого синдрома, количество и качество сопутствующих нарушений ритма.

Литература

1. Аксельрод, А.С. Холтеровское мониторирование ЭКГ: возможности, трудности, ошибки / А.С. Аксельрод, П.Ш. Чомахаридзе, А.Л. Сыркин. - Москва, 2010. - С. 188.
2. Бокерия, А. Синдром Бругада клинико-диагностические критерии / А. Бокерия, А.Ш. Ревитшвили, И.В. Проничева // Аритмология. – 2010. - № 3. - С. 45-52.
3. Де Луна, А.Б. Руководство по клинической ЭКГ. / А.Б. Де Луна. - М.: - 1993. - С. 578-595.
4. Калюжин, В.В. Депрессия суточной дисперсии синусового ритма у больных, перенесших инфаркт миокарда / В.В. Калюжин, А.Т. Тепляков, М.А. Малеев и др. // Терапевт. - 2000. – С. 944-950.
5. Кушаковский, М.С. Аритмии и блокады сердца. Атлас электрокардиограмм / М.С. Кушаковский, Н.Б. Журавлева. – Л.: Медицина, 1981. – 340 с.
6. Чайковский, И.А. Амбулаторное мониторирование ЭКГ: новые информационные технологии и средства измерения / И.А. Чайковский // Журнал АМН Украины. - 2009. - Т. 15, № 4. - С. 769-779.
7. Шевырев, В.А. Прогностическая значимость клинических и электрофизиологических показателей в течении ишемической болезни сердца / В.А. Шевырев: Автореф. дисс. ... на соискание ученой степени д-ра мед. наук. - Саратов, 2007. – 34 с.
8. Holter, N.J. New method for heart studies: continuous electrocardiography of active subjects over long periods is now practical / N.J. Holter // Science. - 1961. - № 134. – P. 1214-1220.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СТУДЕНТОВ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

**А.К. Жаанбаева, А.К. Чалданбаева,
КНУ им. Ж. Баласагына, г. Бишкек, Кыргызстан**

В настоящее время проблема адаптации организма студентов к образовательной деятельности остается актуальной, так как связана с сохранением их здоровья и достижением хороших результатов учебы в вузе. Одним из широко используемых методов интегральной оценки адаптационных возможностей организма в настоящее время является метод вариабельность сердечного ритма (ВСР). Динамика изменений показателей ВСР сопровождается многими факторами, воздействующими на молодой

организм, в частности, с влиянием учебной нагрузки. Максимальное напряжение в функционировании систем регуляции сердца и сосудов у студентов наблюдается в начале учебного года и в межсессионный периоды обучения [6].

Преимущество данного метода заключается в возможности проследить функциональные характеристики регуляторных механизмов со стороны автономных процессов и соотношение активности симпатической и парасимпатической нервной систем, регулирующих деятельность сердечно-сосудистой системы [4].

Цель исследования: путем регистрации ВСР и оценки вегетативного гомеостаза изучение функционального состояния организма студентов первого курса биологического и химического специальностей в учебный период.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие **задачи:**

1. изучить соотношение активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы по динамике показателей вегетативного индекса Кердо;
2. изучить соотношение активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы по динамике показателей кардиоинтервалограммы в покое и при проведении ортоклиностатической пробы.

Материалы и методы исследования

Исследования выполнялись на кафедре общей биологии и технологии ее обучения факультета биологии и химии Кыргызского Государственного университета им. И. Арабаева (г. Бишкек).

Было обследовано всего 30 студентов в возрасте от 17-19 лет. Все исследуемые не имели отклонений в состоянии здоровья и были разделены на следующие группы:

1. Биологи (n=15) – девушки, родившиеся в разных регионах Кыргызстана, обучающиеся и обследованные в городе Бишкек.
2. Химики (n=15) – девушки, родившиеся в разных регионах Кыргызстана, обучающиеся и обследованные в городе Бишкек.

У всех обследуемых определяли рост, вес индекс массы тела (ИМТ) по А. Кетле [1].

Для оценки состояния вагосимпатического баланса и степени напряжения адаптивных механизмов в работе сердечно-сосудистой системы использовался анализ вариабельности сердечного ритма методом кардиоинтервалографии [1]. При статистической обработке оценивались следующие показатели: амплитуда моды (АМо), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), симпато-парасимпатический баланс (LF/HF) [5].

Статистическая обработка материала проводилась методом вариационной статистики по t-критерию Стьюдента [1].

Результаты исследования и их обсуждение

Функциональные показатели сердечно-сосудистой системы студентов биологического и химического специальностей

При изучении деятельности сердечно-сосудистой системы для оценки уровня состояния вегетативных систем организма использовали показатель вегетативного индекса Кердо (ВИК) [2]. Согласно методике показатель ВИК в норме составляет от -10 до +10. При значении положительного индекса преобладает симпатическая иннервация, при отрицательном – парасимпатическое влияние [3].

Таким образом, при усилении парасимпатического влияния (парасимпатикотония) в покое в организме обеспечивается более экономичная, с меньшими расходами энергии, работа органов дыхания и кровообращения. Преобладание симпатической иннервации (симпатикотония), наоборот, наблюдается активизация этих процессов с большим расходом энергии. В целом, симпатикотония характеризуется доминированием процессов диссимиляции, относительно большей активностью и экстравертированностью. Парасимпатикотония определяется возрастанием ассимиляционных процессов, снижением активности и интровертированностью [2].

По результатам проведенных экспериментальных исследований установлено, что значение ВИК, равный 0, наблюдается среди биологов лишь у одной студентки, отрицательное значение ВИК (– 4,8 до – 43,6) имеют 6 студентов, однако положительные показатели ВИК (от +1,3 до +39,1) выявлены у 8 студентов. У 5 студентов химиков имеют значение ВИК ниже 1 (– 6,8 до – 62,5), для 5 студентов характерно положительное значение ВИК (+2,7 до +36,4).

Следовательно, в период сессии из общего количества студентов биологов (15 чел.) и химиков (15 чел.) положительное значение ВИК имеют 53,3% и 66,7% студентов соответственно, что свидетельствует о преобладании у них симпатического тонуса вегетативной нервной системы, которое сопровождается нестабильной работой сердца, слабой адаптационной устойчивостью и ухудшением психоэмоционального и физиологического состояния. Усугубление напряжения симпатического звена приводит к повышению «цены» адаптационных механизмов, что может привести к негативному влиянию на здоровье человека в целом. Показатели значения ВИК выше 1 позволяют сделать вывод о том, что в организме происходит неблагоприятное течение адаптации к условиям обучения в вузе [3].

Значения ВИК ниже 1 характерны для 40% студентов биологов и 33,3% студентов химиков, что свидетельствует о преобладании у них парасимпатического тонуса нервной системы. Однако только одна студентка биолог имела показатель вегетативного тонуса, равного нулевому значению,

что составило 6,7% от общего количества обследуемых студенток биологов, что свидетельствует о нормальном распределении деятельности симпатической и парасимпатической вегетативной систем.

В конце данного этапа исследования все обследуемые студенты по показателям ВИК были распределены следующим образом (таблица):

- Студенты - биологи разделены на 3 группы: 1) симпатотоники - 8 чел.;
- 2) ваготоники в количестве 6 чел.;
- 3) нормотоники – 1 чел.
- Студенты - химики на 2 группы (нормотоники отсутствуют):
- 1) симпатикотоники - 10 чел.;
- 2) ваготоники - 5 чел.

Таблица - Распределение студентов биологов и химиков по показателям ВИК

Группа	Симпатотоники	Нормотоники	Ваготоники
Биологи (n=15)	8	1	6
Химики (n=15)	10	-	5

Таким образом, большинство биологов и химиков характеризуются преобладанием деятельности симпатической нервной системы, что свидетельствует об активности работы органов дыхания и кровообращения с расходом большого количества энергии. Студенки химики по сравнению с биологами оказались в состоянии незначительного стресса.

Данные ВСП при проведении ортоклиностатической пробы Результаты исследования амплитуды моды (АМо)

При анализе параметров АМо, полученных при выполнении ортостатической пробы, было обнаружено, что у студенток химиков симпатототоников АМо были достоверно выше, чем в контроле. Это указывало на большую активацию симпатического отдела ВНС. У биологов симпатикотоников АМо даже меньше контрольного значения.

Значения АМо у лиц, относящихся к ваготоникам среди биологов и химиков, оказались повышенными, но не достоверно, что свидетельствует о незначительном сдвиге парасимпатического тонуса в сторону симпатического звена.

Результаты исследования индекса напряжения (ИН)

Индекс напряжения регуляторных систем (ИН) является показателем активности механизмов симпатической регуляции, который в норме варьирует в пределах 80-150 условных единиц. Данный показатель проявляет чрезвычайную чувствительность к усилению тонуса симпатического звена. Даже самая незначительная нагрузка (физическая или эмоциональная) способствует повышению ИН в 1,5-2 и более раза [5].

По результатам анализа полученных данных выявлено, что после ортоклиностатической пробы у всех групп студентов биологов и химиков

ИН достоверно выше контрольных значений. Отмечено, что у данных студентов наблюдается усиление уровня симпатической активности сердечного ритма. Повышенные значения как АМо, так и ИН подтверждают рост напряжения в регуляции сердечной деятельности студентов.

У студентов биологов симпатотоников ИН увеличен в 4,3 раза от нормы, тогда как у химиков симпатотоников ИН больше в 4,9 раза. Таким образом, у химиков этой группы более выражено напряжение регуляторных систем (рисунок).

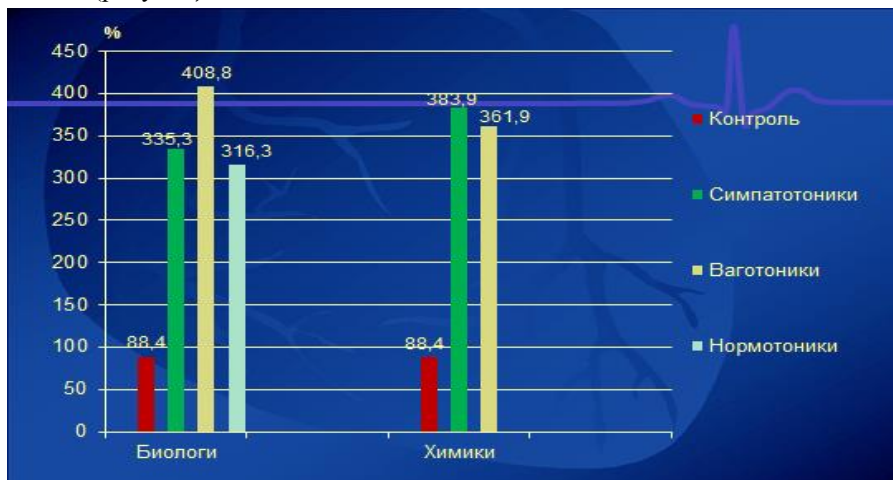


Рисунок - Динамика ИН при ортоклиностатической пробе у студентов биологической и химической специальностей

У студенток, обучающихся по биологической специальности и относящиеся к ваготоническому типу, значение ИН выросло в 5,2 раза от нормы, а у химиков аналогичного типа рост ИН увеличен всего в 4,6 раза. Таким образом, у биологов ваготоников усиливается влияние тонуса симпатического отдела ВНС на сердечный ритм.

Результаты исследования высокочастотного и низкочастотного спектра (LF/HF)

Показатель LF/HF является индексом соотношения симпатической и парасимпатической вегетативной нервной систем.

Если говорить о показателе LF, то он характеризует деятельность симпатического отдела вегетативной нервной системы, в частности, системы регуляции сосудистого тонуса. Значение HF является показателем активности парасимпатического отдела нервной системы. При появлении активности LF можно увидеть степень торможения активности автономного контура регуляции, за который отвечает HF.

У обследованных студентов было выявлено смещение вегетативного баланса в сторону симпатического контура регуляции во всех группах биологов и химиков, компонент LF сердечного ритма увеличивался по сравнению со значением HF,. Однако данный сдвиг показателя высокочастотного и низкочастотного спектра (LF/HF) был несущественным в сравнении с контрольными значениями.

ВЫВОДЫ:

1. Среди студентов, обучающиеся биологической и химической специальностям, по типам вегетативной регуляции выявлены группы симпатотоников, ваготоников и нормотоников.

2. Студентки биологи и химики, характеризующиеся симпатотоническим типом, имеют пониженные значения ритма сердца, который обеспечивается центральными влияниями, о чем свидетельствуют повышенные значения АМо, ИН и сдвиг LF/HF. Более выражены данные значения у лиц, обучающиеся химической специальности.

3. Стабильный характер ритма выявлен у лиц с ваготоническим типом реактивности. Деятельность сердца у этой группы лиц обеспечивается, в основном, автономным контуром регуляции и низким уровнем центральных влияний.

4. Исследование ВСР как индикатора функционального состояния организма можно использовать в качестве одного из критериев для комплексной оценки адаптации студентов к условиям обучения.

Литература

1. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности различного ритма при использовании сердечных электрокардиографических систем: методические рекомендации / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов // Вестник аритмологии. - 2001. - № 24. – С. 83-88.
2. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / А.М. Вейн. - М.: МИА, 2000. - 752 с.
3. Горбылёва, К.В. Психофизиологические и физиологические особенности студентов ВУЗов уроженцев различных горных высот / К.В. Горбылёва: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2013. - 20 с.
4. Жаанбаева, А.К. Сравнительная характеристика функциональных особенностей организма учащихся медицинского лица и средней школы / А.К. Жаанбаева, А.К. Чалданбаева: Сб. науч. тр. – Алматы: КазНМУ, 2018. – С. 125-128.
5. Михайлов, В.М. Вариабельность ритма сердца. Опыт практического применения метода / В.М. Михайлов. – Иваново, 2000. - 200 с.
6. Чалданбаева, А.К. Анализ вариабельности сердечного ритма – метод внеэкологической диагностики / А.К. Чалданбаева, А.А. Калыкеева, И.Е. Кононец: Сб. науч. тр. – Омск: СибАДИ, 2014. – С. 138-143.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «С» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРА ПОЛИМЕРАЗЫ

А.К. Канатбекова¹, Г.М. Жээналиева², М.М. Абдикеримов¹

¹Кыргызско-Российский Славянский университет, г. Бишкек,

**²Жалал-Абадская областная объединенная больница г. Жалал-Абад,
Кыргызстан**

Проблема лечения вирусного гепатита «С» продолжает оставаться крайне актуальной как для медицинской науки, так и для практического здравоохранения, вследствие широкой распространенности заболевания и высокого риска развития осложнений, в частности, цирроза и первичного рака печени [3,7,8]. В Кыргызской Республике эпидемиологическая ситуация по гепатиту «С» продолжает оставаться напряженной [1]. К разряду перспективных средств этиотропной терапии ХГС относится новый противовирусный препарат прямого действия (ПППД) - нуклеозидный ингибиторы РНК-полимеразы NS5B - софосбувир. Ингибиторы полимеразы NS5B, связываясь с РНК-зависимой РНК-полимеразой, нарушают жизненный цикл вируса. Использование препаратов ПППД повышает вероятность получения у пациентов стойкого вирусологического ответа больше, чем в 90% случаев [4,5,10]. Ученые подтвердили, что использование прямых противовирусных препаратов позволяют повысить эффективность терапии и уменьшить ее сроки у многих категорий пациентов с хроническим гепатитом «С» (ХГС) и, что особенно важно, даже у тех пациентов, которые ранее не отвечали на лечение [2,6,9,11].

Цель исследования. Оценит клиническую эффективность препарата прямого противовирусного действия, ингибитора полимеразы NS5B – софосбувира.

Материал и методы исследования

Для оценки клинической эффективности препарата прямого противовирусного действия, ингибитора полимеразы NS5B – софосбувир (Софген) индийского производства Хетеро Лабис, был назначен 47 больным с ХГС. Пациенты были распределены на 3 группы в зависимости от генотипа вируса HCV, 1-я группа 25 больных, инфицированных «1в» генотипом вируса HCV, которые получали тройную терапию софосбувир, пегинтерферон ирибавирин в течение 12 недель (таблица 1). Все пациенты ХГС, софосбувир (Софген) принимали в дозе 400 мг 1 раз сутки ежедневно, пегинтерферон альфа-2а (Пегасис F. Hoffmannla Roche, Швейцария) по 180 мкг, вводили 1 раз в неделю подкожно ирибавирин (Копегус, компания F. Hoffmannla Roche) применяли ежедневно в зависимости от массы тела пациента.

Пациенты, инфицированные 2 генотипом HCV (2-я группа), 8 больным был назначен софосбувир 400 мг в комбинации с рибавирином в течение 12 недель и 14 больных с генотипом 3HCV (3-я группа) также получали софосбувир 400 мг с рибавирином на протяжении 24 недели. Дозы рибавирина при 2 и 3 генотипе HCV рассчитывались в зависимости от массы тела пациента.

В группу включены пациенты с ХГС, не получавшие до этого лечение, и больные, отказавшиеся от терапии интерфероном вследствие тяжелых побочных реакций или не отвечавших на предыдущую терапию. В указанных исследованиях средний возраст пациентов составил $43 \pm 2,1$ год (от 19 до 73 года). У всех пациентов, получавших ингибитор полимеразы NS5B – софосбувир, определяли возможную продолжительность болезни от 5 до 15 лет. Вирусная нагрузка – от $3,7 \times 10^4$ МЕ/мл до $6,2 \times 10^6$ МЕ/мл. Степень фиброза у 50% пациентов отмечала F2, у 30% пациентов – F1 и у 20% пациентов – F3.

Конечной точкой лечения является устойчивый вирусологический ответ (УВО) через 12 недель после окончания терапии. Мониторинг эффективности противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита «С» (ХГС) с использованием ПППД проводили на 2, 4, 8 и 12 недели терапии (ответ по окончании терапии) или 24 недели терапии (т.е. у кого 24 недельный курс). Для оценки эффективности проведенной терапии (достижение УВО) тестирование по определению уровня РНК HCV проводится на 12 или 24 неделе (т.е. у кого 24 недельный курс) после завершения терапии.

Статистическая обработка материалов исследования проводилась по общепринятым методам вариационной статистики, при помощи программы STATISTICA for Windows.

Результаты обсуждения

Согласно полученным данным вирус не определялся через 4 недели лечения у всех больных по результатам ПЦР.

При вирусологическом исследовании на 12-й, 24-й неделях лечения, после окончания ПВТ и через 6 месяцев после ее окончания у пациента отмечается неопределяемый уровень РНК ВГС в сыворотке крови, другие клинико-лабораторные показатели после окончания ПВТ пришли в норму. Показатели устойчивого вирусологического ответа (УВО) были высокими во всех группах пациентов, получавших лечение софосбувиром.

В группу было отобрано 25 пациента с генотипом 1 HCV, для лечения была выбрана тройная терапия с софосбувиром, пегинтерфероном и рибавирином на протяжении 12 недель, у 96% пациентов после окончания курса лечения имели УВО (таблица, рисунок).

Таблица - Показатели эффективности противовирусной терапии больных ХГС получавших терапию ингибитором полимеразы NS5B – софосбувира

Группа пациентов	Схема лечения	Срок	Количества пациентов	УВО
1 в	софосбувир+ пегинтерферон + рибавирин	12 недель	25	96,0%
2	софосбувир + рибавирин	12 недель	8	100%
3 ав	софосбувир + рибавирин	24 недели	14	92,9%

В группах больных (генотипом 2 HCV), получавших софосбувир в комбинации с рибавирином в течение 12 недель, частота устойчивого вирусологического ответа через 12 недель после окончания лечения (УВО12) составила у 100% пациентов (рисунок).

Пациенты инфицированных 3 генотипом HCV, получавших 24недельный курс терапии софосбувиром с рибавирином УВО достигли у 92,9% пациентовчерез 24 недель после окончания лечения.

Из 1-й и 3-й группы 2 пациента с сопутствующей патологией прервали курс лечения в связи с тяжелой переносимостью Пег-ИФН и рибавирина.

При лечении «Софосбувиром», «Пегинтерфероном» и «Рибавирином» появляются те же побочные эффекты, что в периоды лечения только «Пегинтерфероном» и «Рибавирином». Софосбувир показал хороший профиль безопасности и переносимости в клинических исследованиях.

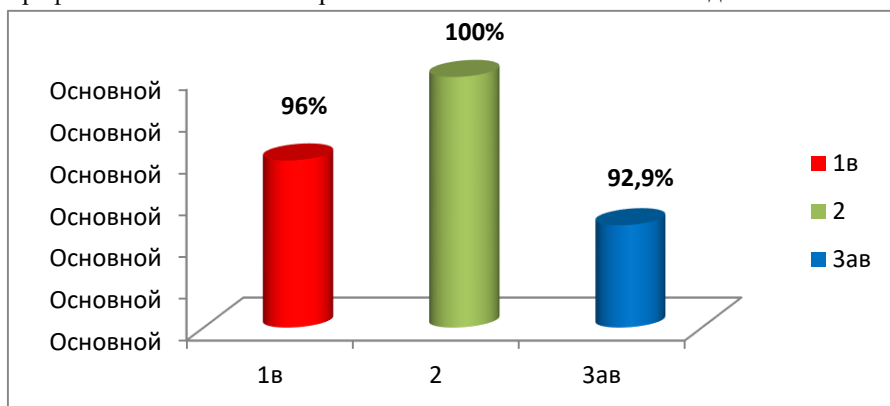


Рисунок - Частота формирования стойкого вирусологического ответа в группах больных ХГС, получавшихингибитором полимеразы NS5B – софосбувира

Выводы:

1. При применении 12-недельного курса лечения софосбувир в комбинации с пегинтерферон-α 2а и рибавирин значительно сократились сроки, и повысилась эффективность лечения у пациентов с «1в» генотипом HCV (УВО 96,0%).

2. Исследование показало, что софосбувиром и рибовирином является эффективным вариантом для пациентов с генотипом 2 HCV, УВО составил 100%.

3. Пероральный прием софосбувира и рибавирина привел к высокому УВО у пациентов, инфицированных 2 и 3 генотипом HCV. Этот курс лечения составляет альтернативу режиму лечения пегинтерфероном и будет основным препаратом для лечения большинства пациентов с ХГС, которым нельзя применить интерферон из-за абсолютных противопоказаний.

4. В клинических исследованиях софосбувир показал высокую пангенотипическую эффективность на все генотипы HCV, а также резистентность, хороший профиль безопасности и межлекарственного взаимодействия.

Литература

1. Абдикеримов, М.М. Этиопатогенез, варианты течения и лечение больных гепатитом типа «С» / М.М. Абдикеримов: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - Бишкек, 2015. – 38 с.
2. Бакулин, И.Г. Цирроз печени HCV-этиологии: современные возможности безинтерфероновой терапии / И.Г. Бакулин, Д.Т. Абдурахманов и др. // Фарматека. - 2016. - Т. 2. - С. 7-11.
3. Ивашкин, В.Т. Алгоритмы диагностики и лечения в гепатологии [Текст] / И.Т. Ивашкин, М.В. Маевская и др. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 163 с.
4. Мязин, Р.Г. Новые стратегии лечения вирусного гепатита «С» при использовании ингибиторов протеазы и полимеразы / Р.Г. Мязин // Науч.-практич. ж. - 2016, №5. - С. 74-78.
5. Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами «В» и «С» / под ред. В.Т. Ивашкина, Н.Д. Ющука. - Москва, Изд-во ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 302 с.
6. Ющук, Н.Д. Эффективность противовирусной терапии у больных хроническим гепатитом «С», инфицированных вирусами гепатита «С» рекомбинантных вариантов / Н.Д. Ющук, О.О. Знойко и др. // Терапевтический архив. - 2016. - № 6. - С. 101-105.
7. Ahmad, A. Role of NK and NKT cells in the immunopathogenesis of HCV-induced hepatitis / A. Ahmad, F. Alvarez // J. Leukoc Biol. – 2004. – Vol. 76, N4. – P. 743-759.
8. Marcellin, P. Fibrosis and disease progression in hepatitis «C» / P. Marcellin, T. Asselah, N. Boyer // J. Hepatol. – 2002. – Vol.36, Suppl.1. – P. 47-56.
9. Esteban, R. Successful retreatment with sofosbuvir-containing regimens for HCV genotype 2 or 3 infected patients who failed prior sofosbuvir plus ribavirin therapy / R. Esteban, L. Nyberg, J. Lalezari, L. Ni et al. // J. Hepatol. - 2014. - Vol. 60. - P. S4.

10. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016: European Association for the Study of the Liver // J. Hepatol. – 2016. - S0168-8278.
11. Foste, G.R. Efficacy of sofosbuvir plus ribavirin with or without peginterferon-alfa in patients with hepatitis C virus genotype 3 infection and treatment-experienced patients with cirrhosis and hepatitis C virus genotype 2 infection / G.R. Foster, S. Pianko, A. Brown et al. / Gastroenterology. – 2015. - Vol. 149(6). - P. 1462-1470.

ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

**И.Г. Кинванлун, Р.Р. Давузов, Л.В. Акулинина,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из основных проблем здравоохранения во всем мире с увеличением распространенности и заболеваемости [12]. По данным ряда недавно выполненных исследований, распространённость ХОБЛ в мире у людей старше 40 лет составляет 10,1% [6,14,15]. ХОБЛ является заболеванием респираторного тракта с такими доказанными системными эффектами, как гипоксемия, хроническое воспаление, оксидативный стресс и, как следствие, эндотелиальная дисфункция [11,9]. Системные проявления ХОБЛ являются широко распространенными и могут повлиять на все системы в организме. Заболеваемость и распространенность хронической болезни почек (ХБП) продолжают расти во всем мире. Частота почечной дисфункции увеличивается с возрастом пациентов с ХОБЛ, независимо от пола и сопутствующих заболеваний. Имеющаяся на сегодняшний день концепция факторов риска (ФР) развития и прогрессирования ХБП практически полностью совпадает с таковыми при ХОБЛ [4,16]. Дисфункция почек, развиваясь у пациента с широким спектром коморбидной патологии, может «маскироваться» симптомами ведущего заболевания и при отсутствии настороженности врача упускается возможность назначения ранней нефропротективной терапии [10,5]. У пациентов с ХОБЛ и ХБП имеются общие факторы риска заболеваний, в том числе СД и АГ [7]. У пациентов с ХОБЛ риск развития ХБП в 1,6 раза выше, чем у пациентов без ХОБЛ. Наличие ХОБЛ связано со значительным увеличением распространенности ХБП (отношение шансов [OR] = 2,20; 95% доверительный интервал [ДИ] (1,83,2,65) [2]. Наличие курения является одной из очевидных причин сосуществования ХОБЛ и ХБП [1]. Бывшие и активные курильщики имели более высокий риск развития ХОБЛ. Тем не менее, некоторые авторы находят связь между ХБП и ХОБЛ, независимо от курения, что наводит на мысль о существовании и других взаимодействий [13].

Вместе с тем, вклад ХОБЛ, как заболевания с системными проявлениями, в формирование ХБП не изучен, отсутствуют рекомендации по ранней диагностике ХБП у больных ХОБЛ. К биомаркерам системного воспаления при ХОБЛ относятся С-реактивный белок (СРБ), фибриноген, провоспалительные цитокины — интерлейкины: ИЛ-1b, ИЛ-6, ИЛ-8, фактор некроза опухоли α (ФНО- α) и трансформирующий фактор роста- β (TGF- β) [3].

По данным Нургазиева Д.С. [13], при изучении 65 историй болезни пациентов с ХОБЛ II-IV стадии без установленного ранее диагноза поражения почек, значимых различий в полученных результатах не выявлено. При определении СКФ креатинина по формулам Кокрофта-Голта, MDRD, CKD- EPI у 68-74% пациентов (в зависимости от методики расчета) была выявлена II стадия ХБП, у 2-3% - III стадия ХБП. Снижение сывороточной концентрации креатинина, связанное со снижением тощей массы тела у больных ХОБЛ, ведет к завышению СКФ при расчете по стандартной методике, что ведет к гиподиагностике ХБП при ХОБЛ.

По данным исследований Дудникова А.В. [8], помимо расчета СКФ по креатинину, в качестве альтернативного маркера дисфункции почек был выбран цистатинС по расчету клубочковой фильтрации по формуле CKD-EPI. Средние уровни сывороточного цистатина С были достоверно выше у больных легкой ХОБЛ по сравнению с группой контроля ($p=0,034$) и у пациентов с крайне-тяжелой ХОБЛ по сравнению с больными ХОБЛ легкого течения ($p=0,002$). При этом частота вариабельности показателей СКФ по цистатину С (СКФцис) достоверно отличалась от СКФ рассчитанного по креатинину. На основании снижения СКФцис менее 60 мл/мин/1,73м², являющейся основанием для постановки диагноза ХБП даже без учета визуализирующих методов и наличия/отсутствия протеинурии, диагноз ХБП установлен у 50,5% больных ХОБЛ при расчете на основе сывороточной концентрации цистатина С, что статистически значимо выше, чем при расчете клубочковой фильтрации на основе сывороточной концентрации креатинина (1%) ($p=0,0001$). Причем, почечная дисфункция ухудшалась по мере прогрессирования заболевания, так частота снижения СКФцис <60 мл/мин/1,73м² на первой стадии ХОБЛ была выявлено у 5% обследуемых, второй стадии 7%, на третьей стадии 9,6% и 13,1% на четвертой стадии ХОБЛ.

Таким образом, проблема выявления дисфункции почек у коморбидных пациентов с ХБП и ХОБЛ остаётся актуальной, что вызывает необходимость изучения патогенетических механизмов их развитие в клинических и экспериментальных исследованиях, а также использование ранних маркеров ХБП необходимо для назначения своевременной нефропротективной терапии.

Литература

1. Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and

- Kidney Diseases / Screening Strategies for Unrecognized CKD // CJASN. – 2016. - V. 11, № 6. – P. 925-927.
2. Astor, B.C. Novel markers of kidney function as predictors of ESRD, cardiovascular disease, and mortality in the general population / B.C. Astor, T. Shafi, R.C. Hoogeveen // *Am J Kidney Dis.* - 2012. – V.59. - P. 653–662.
 3. Barnes, P.J. Pulmonary Biomarkers in Chronic Obstructive Pulmonary Disease / P.J. Barnes, B. Chowdhury, S.A. Kharitonov, et al. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* – 2006. – V. 174. – P. 6-14.
 4. Bolotova, E.V. The prevalence of reduced glomerular filtration rate among the able-bodied population of Krasnodar / E.V. Bolotova, I.V. Samorodskaya, A.V. Dudnikova et al. // *Clinical Nephrology.* - 2014. - No. 3. - P. 14-18.
 5. Davis, W.A. Glycemic exposure is associated with reduced pulmonary function in type 2 diabetes: the Fremantle Diabetes Study / W.A. Davis, M. Knuiman, P. Kendall et al. // *Diabetes Care.* - 2004. – V. 27. – P. 752–757.
 6. de Marco R. European Community Respiratory Health Survey Study Group. An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages / de Marco R., Accordini S., Cerveri I. et al. // *Thorax.* – 2004. - V. 59. – P. 120-125.
 7. Drüeke, T.B. Summary of the KDIGO guideline on anemia and comment: reading between the (guide) line(s) / T.B. Drüeke, P.S. Parfrey // *KidneyInt.* – 2012. - N 82. – P. 952-960.
 8. Dudnikova, A.V. Increase in the effectiveness of early diagnosis of chronic kidney disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease: Author's abstract ... diss / A.V. Dudnikova // Candidate of Science. - Stavropol: LSTU, 2017. - 22 p.
 9. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2013. Available at: <http://www.goldcopd.org/>.
 10. KDIGO clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD–MBD). *Nefrologija.* – 2011. - V. 15, N 1. – P. 87-95
 11. Moe Sh.M., Roudebush V.A., Drüeke T.B. Clinical practice guidelines for the diagnosis, evaluation, prevention and treatment of mineral and bone disorders in chronic kidney disease (MKN-CKD). A brief statement by KDIGO. *Nefrologiya i dializ = Nephrology and Dialysis* 2011. - V. 13, N 1. – P. 8–12.
 12. National Heart LaBI. Morbidity & Mortality: 2002 Chartbook on Cardiovascular, Lung and Blood Diseases. www.nhlbi.nih.gov/resources/docs/02_chtbk.
 13. Nurgazieva, D.S. Chronic kidney disease in patients with chronic obstructive pulmonary disease / D.S. Nurgazieva, N.A. // *Karoli Bulletin of Medical Internet Conferences (ISSN 2224-6150).* - 2016. - V. 6, № 5. – P. 621.
 14. Pena, V.S. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD: results of the IBERPOC multicenter epidemiological study / V.S. Pena, M. Miravittles, R. Gabriel et al. // *Chest.* – 2000. - V. 118. – P. 981-989.

15. Tzanakis, N. COPD group of the Hellenic Thoracic Society: prevalence of COPD in Greece / N. Tzanakis, U. Anagnostopoulou, V. Filaditaki et al. // Chest. – 2004. - V. 125. – P. 892-900.
16. Wiesel, A.A. Chronic obstructive pulmonary disease: inflammation as a key problem / A.A. Wiesel, I. Yu // Practical medicine. - 2009. - T. 35, No. 3. - P. 22-24.

ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НА ФУНКЦИЮ НЕБНЫХ МИНДАЛИН И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

**М.В. Насыров, Е.В. Тулинова, М.А. Алиева,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Небные миндалины лимфаденоидного глоточного кольца составляют основу лимфоидной ткани, ассоциированной со слизистыми оболочками (MALT), и считаются вторичными органами иммуногенеза, позволяющей им участвовать в лимфопоэзе и одновременно выполнять функцию иммунного барьера слизистых оболочек [5]. В патогенезе хронического тонзиллита является иммунодефицитное состояние, то есть в этом случае хронический тонзиллит является вторичным и рассматривается как признак иммунодефицита [3].

По статистическим данным у 80-89% больных хроническим тонзиллитом развиваются местные осложнения как паратонзиллит, паратонзиллярный, ретрофарингеальный абсцесс, лимфаденит и другие, что позволяет считать его одним из самых распространённых острых ургентных воспалительных заболеваний глотки [2,3].

Хирургическое вскрытие, дренирование и антибиотикотерапия являются терапией выбора при лечении гнойно-инфильтративных осложнений глотки. Однако глюкокортикоидная терапия является одним из звеньев в комплексном лечении данных иммунодефицитных состояний и предотвращает генерализацию местных и системных осложнений различной инфекции

На сегодняшний день противовоспалительные и другие свойства глюкокортикоидов применяются при осложнениях тонзиллогенного генеза, так как глюкокортикоиды улучшают микроциркуляцию в очаге воспаления, вызывают вазоконстрикцию капилляров, уменьшают экссудацию жидкости и стабилизируют клеточные мембраны, в т.ч. мембраны лизосом, предотвращая выход лизосомальных ферментов и тем самым, снижая их концентрацию в месте воспаления [3].

Имеется ряд синтетических глюкокортикоидов, среди которых выделяют нефторированные (преднизон, преднизолон, метилпреднизолон) и фторированные (дексаметазон, бетаметазон, триамцинолон, флуметазон и др.) глюкокортикоиды. Эти соединения, как правило, более активны, чем

природные глюкокортикоиды и действуют в меньших дозах [4]. Более благоприятным соотношением между глюкокортикоидной противовоспалительной и минералокортикоидной активностью отличаются фторированные производные. После внутривенного введения глюкокортикоидов при воспалительных процессах через короткое время отмечается улучшение не только общего состояния пациента, но и локальной картины, по типу уменьшения инфильтрации, отека, болезненности, расслабления тризма при паратонзиллитах, пара- и ретрофарингеальных абсцессах, лимфаденитах и др. Сочетанное применение глюкокортикоидов с антибиотиками обуславливает ускорение процессов регенерации и скорейшее выздоровление [2]

В периферической крови после приема даже одной дозы таблетированных глюкокортикоидов происходят изменения со стороны общего анализа крови на 2-3-е сутки (в отличие от парентеральных): уменьшается содержание в крови лимфоцитов, моноцитов, эозинофилов и базофилов, стимулируется выход нейтрофилов из костного мозга и повышение их количества в периферической крови (нейтрофильный лейкоцитоз) [2,5]. Механизм уменьшения лимфоцитов в периферической крови и лимфоидных органах не одинаков, зависит от дозы и времени воздействия. Так при однократном или кратковременном введении глюкокортикоидов лимфоцитопения обусловлена перераспределением лимфоцитов между отдельными лимфоузлами и селезенкой [1].

Цель исследования: изучить влияние парентеральных глюкокортикоидов на периферический анализ крови и локальную картину при осложнениях тонзиллогенного генеза.

Материалы и методы

1. Проанализированы результаты периферического анализа крови 78 пациентов, госпитализированных в ЛОР отделение НГ МЗ КР с различными тонзиллогенными осложнениями. Из них мужчин было 33 (42,3%), женщин - 46 (57,6%). Возраст пациентов составил от 17 до 85 лет. В дальнейшем эти пациенты были распределены на 4 группы в зависимости от нозологии.

2. Проведена оценка показателей периферического анализа крови пациентов, получивших в составе противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии дексаметазон и преднизолон. Проведено сравнение их показателей между собой с результатами при выписке больных не получавших глюкокортикоидную терапию.

Результаты и их обсуждения

В зависимости от нозологии 78 пациентов были распределены на 4 группы:

I группа -13 (16, 6%) пациентов, впервые заболевших паратонзиллитом, II группа -35 (44, 8%) пациентов с обострением хронического тонзиллита и с последующим первичным осложнением: ретрофарингеальный абсцесс, паратонзиллярный абсцесс, III группа – 9 (26,9%) пациентов с рецидивирующими паратонзиллярными абсцессами, IV группа -21 (26,9%)

пациент со всеми тонзиллярными осложнениями и лимфаденитом шейных подчелюстных лимфатических узлов. Контрольную группу составили 15 пациентов с теми же диагнозами, получивших лечение без глюкокортикоидов в возрасте от 18 до 65 лет.

У пациентов, получивших только антибиотикотерапию с глюкокортикоидами, купирование основных патологических симптомов происходило достаточно раньше, чем при традиционном лечении. Проанализировав сроки выздоровления и, соответственно, пребывания в стационаре больных тонзиллярными осложнениями, страдающих хроническим тонзиллитом, мы пришли к выводу, что при проведении глюкокортикоидной терапии с антибиотикотерапией средняя продолжительность госпитализации была короче, чем при традиционном лечении. При исследовании периферического анализа крови у всех больных получавших кортикостероидную терапию независимо от патологии, отмечался подъем общего числа лейкоцитов на фоне воспалительного процесса, а также обусловленный лейкоцитстимулирующим эффектом глюкокортикоидов и незначительным снижением лимфоцитов, а в некоторых случаях двойным снижением количества лимфоцитов.

Таблица - Показатели периферического анализа крови больных

Сравнительные группы	Показатели периферического анализа крови				
	лейкоциты	Моноциты	лимфоциты	эозинофилы	СОЭ
58 пациентов, получивших дексаметазон	12±0,19	4,86±0	38±11.5	2,18±0,2	30±5
20 пациентов, получивших преднизолон	16±0,19	2,0±3	10±18.5	1±0,2	45±9
Контрольная группа без глюкокортикоидов	10±0,5	2 ±0,9	36±10.5	3,18±5,2	20±5

Сравнение среднестатистических показателей периферического анализа крови у больных, получивших дексаметазон, показало, что увеличение общего количества лейкоцитов обнаруживалось у пациентов всех групп и сопровождалось ростом числа моноцитов. Показатели лимфоцитов имели тенденцию к снижению у пациентов, получивших преднизолон по сравнению с пациентами, получившими дексаметазон и не получившими глюкокортикоиды. Согласно данным литературы, гемограмма соответствовала лейкоцитарному звену иммунного реагирования при приеме глюкокортикоидов [1].

Исходя из вышеизложенного, а также на основании данных мы можем утверждать, что биологические эффекты глюкокортикоидов, вводимых перорально и внутривенно, явно не похожи, один и тот же препарат, вводимый различными путями, может действовать совершенно по-разному [1,5]. Инъекционным стероидам при кратковременном курсе терапии присущи многие положительные противовоспалительные, противоаллергические эффекты, в отличие от таблетированных форм [4]. Также при внутривенном введении за короткие сроки терапевтического курса не проявляются такие побочные эффекты глюкокортикоидов, как - прибавка в весе, - выведение кальция, - ulcerогенное действие, - лейкоцитоз и нейтрофилёз, - подавление функции гипофиза и надпочечников

При внутривенном введении стероид очень быстро разносится кровью во все органы и системы в неметаболизированном виде и в этом же виде фиксируется клетками, где подвергается дальнейшим превращениям с помощью специфических для каждой из ткани групп клеточных ферментов [2]. Согласно нашему многолетнему опыту, непродолжительное использование глюкокортикоидов в физиологически необходимых минимальных дозах (в течение трех-пяти дней) при тонзиллогенных осложнениях ускоряет все механизмы выздоровления.

Литература

1. Алексеенко, И.Ф. Принципы индивидуализации кортикостероидной терапии у детей / И.Ф. Алексеенко, Д.К. Кудаяров // АН КиргССР, Ин-т физиологии и эксперим. патологии высокогорья, Кирг. НИИ акушерства и педиатрии. - Фрунзе: Илим, 1986. – 260 с.
2. Киселев, А.С. Способ диагностики безангинной формы хронического тонзиллита. Усовершенствование методов и аппаратуры, применяемых в учебном процессе, медико–биологических исследованиях и клинической практике / А.С. Киселев, К.В. Михайлов, А.В. Черныш и др. // Сб. изобретений и рац. предложений ВМедА. - Санкт-Петербург, 1992. – С. 23-25.
3. Леонова, Е.В. Патологическая физиология системы крови: учебно-методическое пособие / Е.В. Леонова, А.В. Чантурия, Ф.И. Висмонт. – Минск, 2005. - С. 100-135.
4. Попов, Е.Л. Способ получения содержимого из лакун небных миндалин / Е.Л. Попов, Н.П. Пущина // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – №. 4. – С. 84-85.
5. Страчунский, Л.С. Глюкокортикоидные препараты / Л.С. Страчунский, С.Н. Козлов. - Смоленск, 1997. – 64с.
6. Черныш, А.В. Клинико-иммунологические аспекты хронического тонзиллита / А.В. Черныш : автореф. дисс. ... мед. наук. - Санкт-Петербург, 1996. – 36 с.

К ВОПРОСУ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ

М.А. Сабодаха, Г.К. Садыбакасова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

В течение многих лет, вследствие значительной частоты и тяжести течения, гнойно-септические состояния, продолжают оставаться актуальной проблемой, несмотря на успехи развития медицины. До сих пор нет единого мнения о характере воспалительной реакции, о состоянии иммунитета – он подавляется, что даёт возможность даже условно-патогенным микробам преодолевать все факторы защиты или, наоборот, развивается гиперактивность с реакцией по типу ГЧНТ или ГЧЗТ.

Инфекционными агентами септических состояний могут быть микроорганизмы разных видов и разной степени патогенности. В 95% - это бактерии, способные повреждать клетки своими токсическими субстанциями [5], адгезируя на поверхности или проникая внутрь клеток макроорганизма. Среди грам+ микрофлоры чаще встречаются стафилококки, среди грам- представителей – псевдомонады, ацинетобактерии, клебсиеллы, энтеробактеры [1]. Установлено, что при сепсисе, вызванном грампозитивными микробами происходит гиперпродукция цитокинов – медиаторный «шторм», при грамнегативном сепсисе – определяется низкий уровень противовоспалительных медиаторов [3].

На сегодняшний день разработано много способов быстрой диагностики септических состояний: микроскопией лейкоконцентрата, с использованием флуоресцентных технологий, обнаружением ИЛ-6, определения не кодирующих микро-РНК в крови, вышедших из разрушенных клеток и пр., но все они трудоёмки и затратны.

Цель настоящего исследования: выявление микробной аллергии и изучение некоторых показателей иммунной системы у септических и больных с гнойно-воспалительными процессами различной локализации для быстрой диагностики и идентификации возбудителя.

Материал и методы

Проведено обследование 76 больных с помощью показателей, отражающих функциональную активность иммунной системы и формирование специфического иммунного ответа. Для бактериологических и иммунологических исследований кровь получали венепункцией. Функциональное состояние иммунной системы оценивали по содержанию абсолютного и относительного количества Т- и В-лимфоцитов (Пинегин Б.В. с соавт., 1987), уровню сывороточных иммуноглобулинов классов IgG, IgM, IgA (Mancini, 1965). Для ориентировочной идентификации возбудителя гнойно-септических состояний применяли разработанные сотрудниками кафедры методы: аллергической альтерации лейкоцитов по выходу ионов калия в надосадочную жидкость -ППЛ-К [2], регистрируемый

пламенной атомно-адсорбционной спектрометрией и цитотоксического эффекта - ЦТЭ [4].

Результаты изучения функционального состояния Т- и В-систем иммунитета представлены на рисунке 1, 2, 3. У больных сепсисом и гнойно-воспалительными процессами обнаружены однонаправленные сдвиги со стороны относительного содержания Т- и В-лимфоцитов: возрастание числа В-лимфоцитов и снижение содержания Т-клеток ($P < 0,001$). При расчете абсолютного числа клеток у больных обеих групп отмечалось повышение числа В-лимфоцитов ($P < 0,05$). В обоих случаях определялось повышение содержания иммуноглобулинов всех классов ($P < 0,05$).

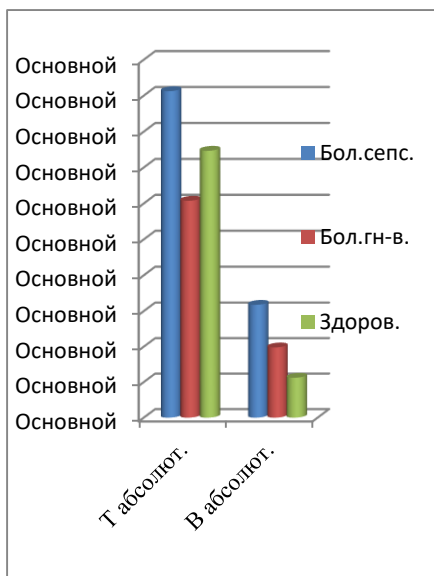


Рисунок 1

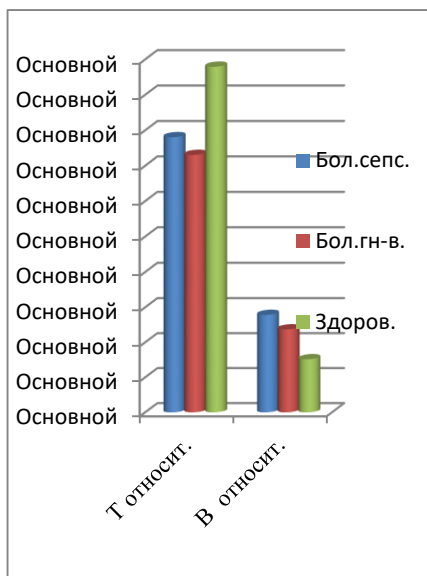


Рисунок 2

Для изучения влияния этиологического фактора заболевания на показатели иммунитета обследуемые были разделены на 5 групп: 1 и 3 группы больных, соответственно, сепсисом и гнойно-воспалительными процессами различной локализации, заболевания у которых было вызвано представителями семейства *Micrococcaceae*; 2 и 4 группы детей, заболевания у которых было вызвано представителями семейства *Enterobacteriaceae*; 5 группа – здоровые дети. Результаты изучения функциональной активности Т- и В-систем иммунитета отражены на рисунке 4, 5, 6.

Из представленных данных видно, что как при сепсисе, так и при локальных гнойно-воспалительных процессах, этиологический фактор не оказывал выраженного влияния на иммунный статус ребенка: независимо от природы микробного агента, наблюдались одно направленные

иммунологические сдвиги. Это, по-видимому, свидетельствует о ведущей роли макроорганизма в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний.

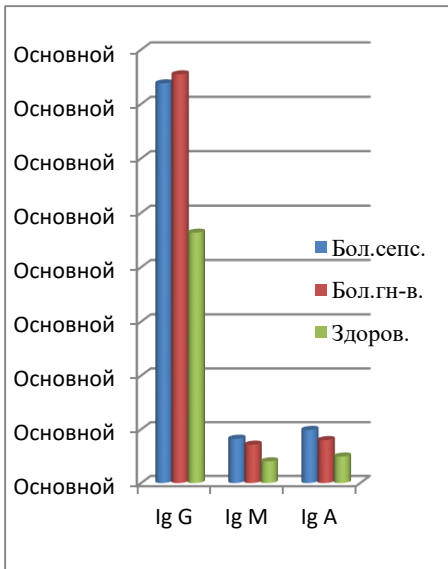


Рисунок 3

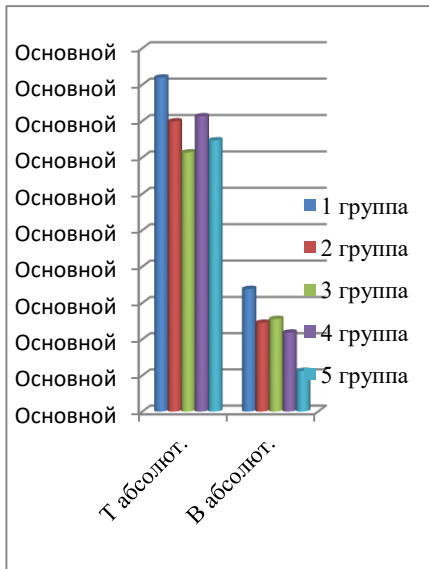


Рисунок 4

Для диагностики сепсиса и идентификации возбудителя, для выявления повышенной чувствительности клеток крови при гнойно-септических состояниях использовали клеточные иммунологические тесты ППЛ-К и ЦТЭ. Результаты, представленные на рисунке 7, свидетельствуют о том, что сепсис и локальные гнойные воспалительные процессы сопровождаются выраженными в равной степени клеточными аллергическими пробами с микробными аллергенами ($P < 0,001$). Очевидно, эти показатели могут быть использованы в качестве критериев наличия гнойного заболевания, но не могут применяться с целью дифференциации локальной и генерализованной инфекций. В то же время выявлена четкая специфичность исследуемых клеточных феноменов (рисунок 8). У больных с бактериологически идентифицированными возбудителями, уровень ППЛ-К и ЦТЭ с соответствующими антигенами в 8 - 130 раз превышал таковой с антигенами других микробов. Сенсибилизация клеток может указывать на этиологическую роль в заболевании соответствующего микроба и, таким образом, ППЛ-К и ЦТЭ могут быть использованы для ориентировочной идентификации семейства бактерий – возбудителей сепсиса и локальных гнойно-воспалительных процессов.

При расчете диагностических критериев ($M \pm 2\delta$) значимыми для стафилококкового аллергена при гнойно-септических заболеваниях,

вызванных микроорганизмами семейства Microsossaseae, были величины: ППЛ-К 10,31%; ЦТЭ 7,07%. При работе с эшерихиозным антигеном диагностически значимыми величинами при заболеваниях, вызванных представителями семейства энтеробактерий, являлись показатели: ППЛ-К 4,53%; ЦТЭ 4,92%.

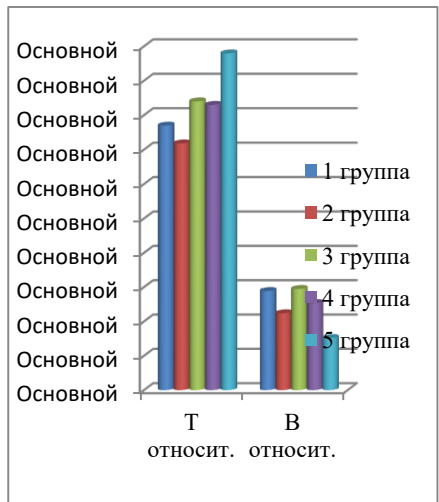


Рисунок 5

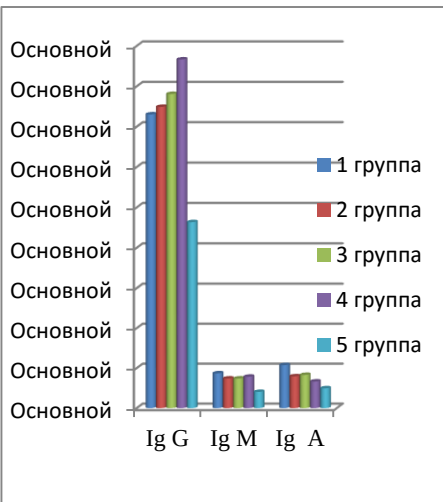


Рисунок 6

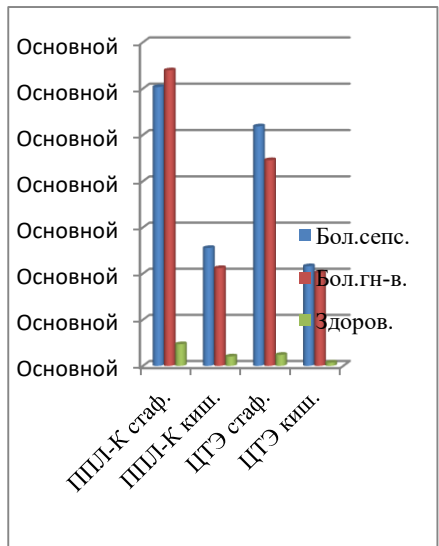


Рисунок 7

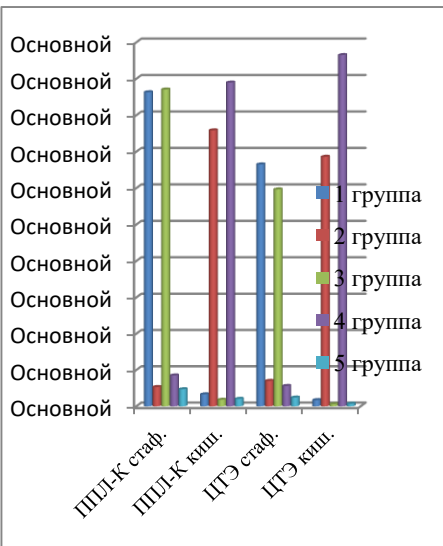


Рисунок 8

Применяемые реакции достаточно чувствительны (ППЛ-К 90-100%; ЦТЭ 91,3-100%), специфичны (ППЛ-К 83,3%; ЦТЭ 100%), имеют высокую диагностическую эффективность (ППЛ-К 91,7- 100%; ЦТЭ 93,7-100%).

Выводы. Бактериальный сепсис сопровождается выраженными изменениями со стороны содержания Т- и В-лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов сыворотки крови, а также нарастанием специфической микробной аллергии. Клеточные иммунологические реакции ППЛ-К и ЦТЭ могут использоваться в клинике для выявления состояний гнойно-септического характера и ориентировочного определения семейства возбудителя заболевания.

Литература

1. Грувер, К.П. Клиническое значение бактериемии у больных сепсисом / К.П. Грувер, В.Б. Белобородов // Клиническая микробиология, антимикробная терапия. - 2011.-Т.1 3, № 1. - С. 90-97.
2. Морозов, В.Л. Способ диагностики гнойно-септических заболеваний / В.Л. Морозов, М.А. Сабодаха, Д.А. Адамбеков. - Госпатент СССР. Авторское свидетельство 4797467/13, 1990.
3. Руднов, В.А. Сепсис: современные подходы к диагностике и интенсивной терапии / В.А. Руднов // Вестник анестезиологии и реаниматологии. - 2010. - Т. 7, № 1. - С. 48-57.
4. Сабодаха, М.А. Иммунодиагностические аспекты бактериального сепсиса / М.А. Сабодаха: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - Алма-Ата, 1992. - 18 с.
5. Хаертынов, Х.С. Особенности иммунитета у новорожденных детей с локализованными и генерализованными формами бактериальных инфекций / Х.С. Хаертынов, В.А. Анохин, И.Г. Мустафин и др. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. - 2015. - № 5. - С. 168-173.

МИКРОСПОРИЯ

**Дж.Дж. Токталиев, М.А. Аильчинова, А.Д. Садырова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Микроспория – теринин ,чачтын ,сейрегирээк тырмак пластинкасынын микозду козгочуу болгон микроспору деп аталган (*microsporum audouinii* ,*ferrugineum*, *canis(lanousum)*, *panum*) козгойт. Биринчи жолу мындай микозду Gruby1843 ж. жазган. Микроспоризмдар үч түргө бөлүнөт – антропофильдик, зооанофильдик жана геофильдик болуп [1,2].

Эпидемиологиясы. Оорунун жугузуучу булагы болуп ооруган адамдар антропофильдик грибоктор саналат. Жугузуу жолдору түздөн-түз контакта , ошондой эле колдонулган буюмдары(тарак,баш кийимдери,сүлгү,чач алдыруучу машинкалар) болуп эсептелинет. Ал эми балдар көбүнчө балдар коллективинде жана үй-бүлөөдө оорулу адам бар болгон жерден жугузулат.

Зоофильдик грибоктор менен жугузуу жолу түздөн-түз мышык жана иттерден 80% контакта болгон баардык жугузгандын ичинен жугат. Ошондой эле жугузуу жолу болуп эсептелинет үй-буюмдарын колдонгондо, анан аларда грибоктун мицелиясы споралары болгондо жугушу мүмкүн. Негизги контингенти болуп микроспорияныкы көбүнчө балдар болот. Зоофильдик микроспория менен ооругандардын санын көбөйүшү көбүнчө жай айларынын аягында жана күздө эсептелинет. Ошол айларда мышык жана иттер саны көбөйөт да оорунун таралышынын бирден-бир себеби болот. Кээ бир жаныбарлар клиникалык түрдө соо эле болуп көрүнөт, негизинде чачты Вуда лампасы менен караганда 10-12 күндө байкалат. Чачтары үч жумадан кийин сына баштайт ооруну жугузуп алгандан баштап [4,7,10].

Патогенези. Микроспориянын патогенезинде теринин кабылдоосу эң чоң ролду ойнойт. Ошондой эле теринин суу-липиддик авалы айлана чөйрөдөгү чөйрөнүн нымдуулугунда, микроспорумдар өзүнүн гифовдорундун жардамы аркылуу кирет. Эң чоң ролдо турат иммунологиялык реактивтүүчүсү, нервдик жана эндокриндик системанын макроорганизмдери [1,3].

Клиника. Жашыруун мезгили өтүп кеткенден кийин жугузуу жолу *M.Canis* 5-7 күндөн, ал эми *Ferrugenum*да 4-6 жумадан кийин башталат. Микроспория *Ferrugenum*да теринин жылмакай кабылданган очагтары үстүртөтүлгөн трихофитияга окшошуп кетет, алардын сүрөттөлүшү теринин таза жерлеринде бири-бири менен биригишип мүнөздөлөт. Очагтарды укмуштуудай сүрөттөлүп шакек сыяктанат анан алар пузырёк, түйүнчөк жана карттардан турушат да анан алар бири-бири менен сүрөттөлүшкөндөй болушуп – ирис формада болушшат. Баштагы очагтары майда өлчөмдө болуп, анан четки зоналары бири-бири менен кошулушуп биригишкен мүнөздө жайланышат. Сызгенген кубулуштары очагта өтө эле белгизиз, үстү жагы түлөгөн майда асбестовой кабыкчалары менен кошулушат, теринин өлчөмүнөн 5-8 мм же андан да бийиктикте сынган чачтын астында мындай очагтар дайыма жашыруун болот. Очагтагы чачтар күнүрт морт, ачык-күрөң өңдүү, негизи ак чехол менен капталгандай болот. Люминесценттик лампа менен кабылданган чачтарды карап көрсө чачтар жашыл же изумруддуу-жашыл өңдүү болуп чагылдырылат [9,10].

Кээ бир учурларда кабылданган очагтар четки зоналары аркылуу беттин терисине капталышып, анан полицикликалык фигураны түзүшүп, кийин экссудацияланып карт жана пуслуаны түзгөнгө калыптанылышат. Бейтаптарда кээде кычыштуруусу байкалат. Теринин жылмакай микроспориясы козгогучу *Canis* татаал келет трихофитиянын үстүртөлгөн очагына караганда очагтык саны микроспорияда чоңураак келет трихофитияга караганда. Көпчүлүк очагтары кийимдин астынан жашыруун келет, мындай көрүнүштөр күбө боло алат ооруган балдар айбандарды өзүнө тыгыз кысып алганынан. Түктү чачтары- түктөрү болгон чачтары 90% чейинкиси жабыркаланат. Микроспорияда дайыма аллергиялык темгилдер

микроспориддери очагта эритемато-сквамоздук түрдө байкалат. Баштагы чачтарда дайыма жалгыз чоңураак сүрөттөлгөн жана чек- аралары так-так очагтары болот. Мындай очагтардын үстүндө улпак сыяктуу кабыкчалары пайда болуп түлөшөт. Перифериясында кызыктуу очагтары болот, бирок кичине өлчөмдө. Бейтаптардын кээ бирөөлөрүндө интоксикация уулануу симптому болот, баштын оорусу, алсырааганы денесинин температурасынын көтөрүлүшү, аппетитинин төмөндөшү байкалат. Кабылданылган чачтары микроскоп аркалуу изилдегенде чачтар муфта “ чехликами ” менен тегеректелип, анан алар грибоктун спораларынан тургандыгын билгизет. Зооантропоноздук трихофитияда споралары чынжыр сыяктуу болуп жайланышышат. Грибоктун түктүү сыяктуу чачтарда споралары чачтын ичинде жайланышылган козгочуу идентификалык түрдө культуралык түрдө изилдөө зарыл [1,4,7].

Дифференциялык салыштырмалуу диагноздорун карагыла трихофитиянын диагностикаларын.

- алгоритимдик текшерүү жүргүзүү;
- бейтаптын оорусун клиникалык негизинде физикалык түрдө текшерүү;
- кабылданган очагтан паталогиялык материалды микроскоп аркылуу изилдөө;

Азык-түлүктө биоматериал культурасында грибокту өстүрүү [2,4].

Дарылоо. Микроспория менен жабырланган бейтаптарды сапаты жагынан системалык түрдө антифунгалдык терапия катарында колдонулвт: гризофульвин, ал фунгистатический аракетин менен сунушталат. Гризофульвин менен дарылангандан кийин ал мүйүздүү кабатка 48-72 саатта байкалат. Препараттын концентрациясы канда ичкенден кийин максимум 4 саатта жетет. Майлуу тамактар гризофульвин сиңирилишине жакшы жардам берет. Аны 21-22 мг/кг салмагына жараша 42 жолу ичүүгө сунушталат. Препарат сунушталат диагноз коюлары менен, ошондой эле клиникалык кандан жаранын жана боордун таасирлери даяр болгондо. Гризофульвинди күн сайын сунушталып биринчи грибоктун отрицателдик терс анализине чейин, андан кийин күн алыс ушул эле дозада, андан кийин жумасына эки жолу берилет. Өсүмдүктөрдүн майларында препараттын сиңирилишине бир чай кашык менен ичкенде чоң жардам берет. Гризофульвинди ичиши менен бирге кабылданган очагты ар түрдүү майлар, күкүрт салицилдик май (күкүрттүн чөкмөсү 5,0; салицил кислотасы 1,5; вазелин 50,0 га чейин) күкүрт кара майы (күкүрттүн чөкмөсү 5,0; кайыңдын дёготу 1,5; вазелин 50,0 га чейин), кадимки 20% күкүрт майы сыйпоо керек [7,9,10].

Очагтарды күнүнө эки жолу сыйпоо сунушталат. Күн сайын чачтарды кырып, анан ысык суу менен самындап 2-3 жолу жумасына жууш керек. Ал эми кабылданган чачтар узак убактарга чейин люминесцияланда гризофульвиндик пластырлары Н.Д. Шеклаковдун ыкмасы боюнча гризофульвин 5%, салицил кислотасы 3%, кастор майы 3%, коргошун

пластыры 60%, ланолин 22%, воск 7% колдонулат. Ал эми кирпич жана каштар кабылданылганда антибиотикотерапиядан тышкары чачтарды кол менен эпиляциялоо сунушталып, көз–карегинин четтерин 1-2% метилен көгүш аралашмасын сыйпоо керек. Анан этияттык түрдө фунгициддик майларды сыйпоо сунушталат. Системалык түрдө грибокторго каршы терапия сапаты жагынан азол жана аллиламин сунушталат. Алардын кошумча таасирдик спекторлору азыраак келет [1,3].

Алгоритм белгилери боюнча салыштырмалуу диагнозу чаттын эпидермофитиясы менен интертригиноздук псориаздын өзгөчөлүгү (айырмасы).

Клиникалык жана башка белгилери	Чаттын эпидермофитиясы	Интертригиноздук псориаз
Псориатикалык триадасы	Жок	Бар болот
Очактагы перифериялык валиктин үзүлүшкөндүгүнүн көрүнүштөрү	Бар болот, үзүлүшкөндөгү валиктердин көрүнүштөрү пузырек, пустул, чешуйка жана корочкадан турат.	Жок болот
Очагты бактериоскопический түрдө изилдөөдө	Грибоктун мицелиясы аныкталат	Грибоктун мицелиясы аныкталбайт
Кебнера феномени	Болбойт	Бар болот
Кабылданган очагтын патологиясы	Акантоз, паракератоз, спонгиоз орундары менен байкалат. Ал эми эпидермистин мүйүздүү кабатында грибоктун элементтери аныкталат.	Паракератоз, акантоз, папилломатоз, микроабсцесс Мунро жана спонгиозформалык Когоя пустулезу аныкталат.

Алгоритм белгилери боюнча салыштырмалуу диагнозу чаттын жана жука гурайдын эпидермофитиясы менен рубромикоздун өзгөчөлүгүнүн айырмасы

Клиникалык жана башка белгилери	Чаттын эпидермофитиясы	Теринин бүктөлгөн рубромикозу
Теринин кычыштыруусу	Анча деле эмес	Өтө эле көрүнүктүү (интенсивный)
Очактагы перифериялык валиктин	Бар болот үзүлүшкөндөгү валиктердин көрүнүштөрүндө пузырек,	Бар болот

үзүлүшкөндүгүнүн көрүнүштөрү	пустул, чешуйка жана корочкадан турат	
Элективдик чөйрөдө културасын изилдөөдө	Epidermophytonfloccosum- дун өсүмү болот	Trichophytonrubrum- дун өсүшү болот
Теринин өсүндүүлөрүнүн жабыркашы	Сейрек байкалат	Дайыма тырмак пластинкалары жабыркаланат.

Алгоритм белгилери боюнча салыштырмалуу диагнозу чаттын эпидермофитиясы менен теринин бүктөлгөн жеринин экземасы менен өзгөчөлүү айырмасы

Клиникалык жана башка белгилери	Чаттын эпидермофитиясы	Теринин бүктөлгөн жеринин экземасы
Очактагы перифериялык валиктин үзүлүшкөндүгүнүн көрүнүштөрү	Бар болот, үзүлүшкөндөгү валиктердин көрүнүштөрүндө пузырь, пустул, чешуйка жана корочкадан турат	Жок болот
Теринин кычыштыруусу	Билинбейт	Өтө эле билинген
Очагты бактериоскопиялык түрдө изилдөөдө	Грибоктун мицелиясы аныкталат	Грибоктун мицелиясы аныкталбайт
«Архипелага островов» симптому	Жок болот	Бар болот
«Илишме кудуктары» феномени	Жок болот	Бар болот

Алгоритм белгилери боюнча салыштырмалуу диагнозу чаттын эпидермофитиясы менен эритразманын өзгөчөлүү айырмасы

Клиникалык жана башка белгилери	Чаттын эпидермофитиясы	Эритразма
Очагты бактериоскопиялык түрдө изилдөөдө	Грибоктун мицелиясы аныкталбайт	Corinobacterium minitissimum аныкталат
Вуда лампасы аркылуу көрүүдө	Чагылыштыруусу болбойт	Кызыл-кораллово-кызыл-кирпич чагылуу очагта болот

Очагтагы перифериялык валиктин үзүлүшкөндөгүнүн көрүнүштөрү	Бар болот, үзүлүшкөндөгү валиктердин көрүнүштөрүндө пузырек, пустул, чешуйка жана корочкадан турат.	Очагтын перифериясында жалпы бардык элементтер бар болот
Эпидермистин четиндеги мацерациясынын бар болушу	Бар болот	Жок болот

Алгоритм белгилери боюнча салыштырмалуу диагнозу чаттын эпидермофитиясы менен теринин бүктөлгөн кандидоздук жерлеринин өзгөчөлүгү.

Клиникалык жана башка белгилери	Чаттын эпидермофитиясы	Теринин бүктөлгөн кандидозу
Очагты бактериоскопиялык түрдө изилдөөдө	Грибоктун мицелиясы аныкталат	Ачыткы клетка Candidaalbicans аныкталат
Очагтагы ээлеп чыгарылганы болушу	Жок болот	Бар болот
Эпидермистин четтериндеги мацерациясынын болушу	Бар болот	Бар болот

Алгоритмдик текшерүү жүргүзүү:

- клиникалык оорунун негизинде бейтапты физикалык түрдө текшерүү жүргүзүү;
- кабылданган очагтын патологиялык материалды микроскоп аркалуу изилдөө;
- грибоктун культурасын биоматериалда өстүрүү.

Дарылоо.

Кабылданган очагтын курч мезгили болгон экзематизация мезгилинде муздатылган дезинфекциалуу аралашмалар 2-3% Бор кислотасы, фурациллин, танин, 0,25 – аралашма эритме күмүш нитраты. Сезгенген процесстер басындагандан кийин, активдүү түрдө антифунгалдык терапия - клотримазол, камизол (гербинафин), певарил (эконазол), диктарин (миканазол), микоспор (бифоназол), травеген (изконазол), байрафен (циклопирексоламин), нимофуцин (наталимен), майлары жана кремдери сунушталат. Ошондой эле эффективдүү анилин боктору – краска Кастелани (фукорцин), спирт аралашмасы метилен көк жана бриллиант жашыл колдонулат. Ал эми жалпы терапияга десенсибилизирующий жана антигистаминдик терапия жүргүзүлөт [5].

Профилактика.

Өздүк гигиенанын эрежесин сөссүз түрдө сактоо, теринин ачык түрдөгү бүктөлгөн жерлеринин тердеши менен күрөшүү, анан ал жерлерди 2% Бордук аралашмасы менен салицил кислотасы менен сүртүү керек. Ал эми оорунун кайталанбасы үчүн мезгил мезгили менен мурунку кабылданган очагтарды 2% йоддун аралашмасы менен сүртүүнү талапка ылайыктуу болот [5,6].

Бут кетменин эпидермофитиясы.

Бут кетменинин эпидермиясы өнөкөт грибок оорусу, козгогучу *Trichophyton interdigitale*, *Vat. mentagrophytes*, көбүнчө бут кетменин терисин кабылдоосу менен улантылган илдет. Дерматоз биринчи жолу орус окумуштуусу А.П. Мансуров 1890 жылы жазган. Ал эми оорунун грибокту мүнөзүн биринчи жолу немец окумуштуусу М. KaufmanWolf 1914 жылы аныктаган [8].

Эпидермиологиясы.

Грибокту спорасы колдонулган үй-оокаттык буюмдары: тапочка, бут кийим, байпактарда жайланышат. Дерматоздун өөрчүшүнө көбүнчө теринин эпидермисин түлөгөн кирдүү кабыкчаларынан таралат. Ошондой эле тырмактын майда бөлүкчөсү дагарада, мончодо, саунада, журкан-төшөктөрдүн, орун шейшептери тышталыштарынан жана ички кийимдерде колдонуучу анан аларда сакталып калуусынан жугузулат. Персистировалык жана ички үй-бүлөлүк жугуштуусу эң чоң ролду ойнойт [8].

Патогенези.

Оорунун өрчүтө турган факторлору болуп бут кетменин терисинин өтө эле терчилдиги, ткандардын микроциркуляциясынын кызматтарынын бузулушу, ошондой эле буттун веналык жагынан жетишпестиги, имундук резистенттигинин жана макроорганизмдердин эндокринопатиясы себеп болот. Көпчүлүк учурларда бут кетменин терисинин микротравматизациясы, бут кийимдин тардыгы, ошондой эле грибокту штамынынын вирулентилигинин жогору болушу да себеп болот [8].

Клиникасы.

Бут кетменин эпидермиясынын 4 клиникалык формадагы оорусу болот. Булар: сквамоздук, интертригиноздук, дисгидротикалык жана курч формадагы, болуп кездешет. Өзүнчө вариантта болгон дерматоз бул тырмактын эпидермофитиясы жана эпидермофиттери эсептелинишет. Грибокту спорасы эпидермистин мүйүздүү катмарында көп убакыттарга чейин жашыруун – латенттик абалында, сакталып турат. Грибокту күчөтүүчү факторлору болуп органдардын перфоративдик жардамы аркалуу териге таралуусу менен дерманы сезгенүү реакциясы менен козгойт. Сквамоздук формасы. Бут кетменин эпидермофитиясы, бут кетменин терисинин ийилип турган жеринде ачык эмес сезгенүү гиперемия менен бирге таманга жайылышы менен мүнөздөлөт. Терисинин беттери кызарган жана инфильтрацияланып кабыкчаларды пайда кылат. Андан ары бүт таманды коштойт. Ошондой өзгөрүштөр бут кетменин экинчи жатында да

башталат. Кабылданган очагтарында субъективдүү түрдө эпизодикалык жеңил кычышуусу тынчсыздандырылат. Интертригиноздук формада бут кетменинин эпидермофитиясы очагтардын кабылдануусу көбүнчө манжалардын ортосу болгон 4-5 и бут кетменинин манжалары ортолорунун жабыркалануусу менен мүнөздөлөт. Мындай жабыркалануу тар жана кууш бут кийимдердин колдонулуусунан себеп болот. Көрсөтүлгөн жерлерде териде ачык сезгенген гиперемиялар пузырлердин пайда кылышын, анан андан илешме, кийин ириндүү болуп капталынышат. Пузыркалары тешилишип көп цикликалык жоорлорду пайда кылынып, анан алар нымдалышы менен бирге коштолушулат. Жоорлордун перифериялык четтеринде эпидермистин айрылган калдыктары да болот. Теринин патологиялык процесстери башка манжалардын ортолоруна каптап, анан эки бут кетменинин ортолорунун кабылдануусу менен улантылат. Дисгидротикалык бут кетменинин эпидермофитиясы ар дайым бут кетменинин ийилген жерлеринде ачык сезгенген гиперемиясынан башталат. Мындай фондогу формада пузырь жана пузыркалар пайда болушуп, алардын капкактары бышык болуп, анан процесстердин башталышында илешме болушуп, кийин ириндүү болушушат. Пузыр жана пузыркалары тешилишип жоорлорду пайда кылат да, анан эпидермистин айыккандары менен коштолушат. Жоорлордон ириндердин чогулушуп жагымсыз болуп жыттанышышат. Теридеги процесстер бүт таманды каптайт. Бут кетменинин ийилген жери шишийт, анан ал жери кычышып жана кабылданган жерлери оорутуу менен коштолушушат. Бут кетменинин курч формасы. Мындай түрү дисгидротикалык формасынын логикалык жааты боюнча уландыча десек болот. Бул формадагы эпидермофитияны советтик дерматовенеролог АМН СССР академиги 1932 ж. О.П. Подвысоцкая жазган. Оорунун клиникасы күчтүү сезгенген реакциясы эки бут кетменинин кабылданган очагтары менен мүнөздөлүшү менен коштолушушат. Буттун төмөнкү жактары тез эле шишип, бут кетменинин өзүнүн өлчөмүнөн чоңойуп кетет. Бейтаптын кабылданган очагынан ириң абдан чыгуусу тынчсыздандырылынат. Ошондой эле температуранын көтөрүлүүсү, 40°C чейин жетет. Организмдин жалпы интоксикациясы коштолушуп: башы жана муундары ооруп, чыйрыгат, булчуңдардын алсыздыгы байкалат. Буйтаптар төшөктөжатып калышат. Бейтаптардын дисгидротикалык жана бут кетменинин курч эпидермофитиясында дайыма регионалдык лимфангит жана лимфадениттер байкалат. Ошондой эле тизе астындагы чуңкурундагы жана жука (чурайдагы) лимфа бездерин кармап көргөндө ооруктаны сезилет. Ал эми кээ бир жана ошондой эле ооруган бейтаптарда ар кандай түрдүүдөгү эпидермофиттери макроорганизмдин иммунологиялык резистендиктерине жараша болушу мүмкүн [8].

Бут кетменинин эпидермофитиясы дайыма тырмак пластинкасынын кабылдандырат. Тырмактын кабалданышы күнүр болуп, тырмак асты гиперкератоз боло баштайт, мындай учурларда 5и жана 1чи бут кетменинин манжалары жабыркайт. Тырмактын терең жеринде сары тактар пайда болуп,

кийин бүт тырмак пластинкасын каптайт. Сейрегирээк тырмактар, тырмак ложа (уясы) бөлүнүп түшүшүнүн кездешүүсү байкалат. Эпидермофитти – теринин экинчи катарындагы элементтери сыяктуу болушуп оорунун 60% не чейин кезиктирүүгө болот. Теринин мындай түрдөгү жабыркалануусу, дисгидроз же дисгидротикалык экземасы болуп бут кетменинде жана колдун алаканынын кабылдануусу менен мүнөздөлгөн оору. Кабылданган очагтар кычыштыруу менен улантылат. Таман менен алаканда пузыректор менен пузырлардын пайда болушуп, капкактары бышык, анан алардын ичинде илешме суюктуктары менен коштолушушат. Мындай түрдөгү жабыркалануусу дайыма бейтапты жалпы ылаңданганы (недомогание) менен улантылынат. Дерматовенерологдор кээде диагностикасынан адашышат. Эпидермофиттерди, дисгидротикалык экзема менен алмаштырышышат [8].

Патогистологиясы.

Кабылданылган очагтарында теринин (биопаттык) түрдө гистологиялык изилдөөдө сезгенген реакциясында спонгиоз, акантоз, очагтуу паракератоз байкалат. Ал эми дермада сезгенген инфильтраттар пайда болушуп, анан алар нейтрофилден, лимфоциттен, кээде гистиоциттерден жана фибробласттардан турушушат. Дерманын кан – тамырлары эреже боюнча кеңейип эндотелиясы көөп кетүүсү байкалат. Мак – манусу боёгу менен боёсо грибоктуң мицелиясы аныкталат, көбүнчө эпидермистин мүйүздүү же кээде тикенектүү кабатынан аныкталынылат. Салыштырмалуу диагнозу бут кетменинин эпидермофитиясын: бут кетменинин экземасы, алакан таман псориазы, бут кетменинин рубромикозу менен салыштырып айырмалоосу зарыл [8].

Алгоритмдик текшерүү жүргүзүү:

- клиникалык оорунун негизинде бейтапты физикалык түрдө текшерүү жүргүзүү;
- кабылданган очагтан патологиялык материалды микроскоп аркалуу изилдөө;
- грибоктуң культуласын биоматериалда өстүрүү.

Дарылоо.

Экзаматизациянын көрүнүктү өзгөчөлүгүндө муздатылган дезинфицирующиялык примычка: 1-2% резорциндин аралашмасын, 0,1% риванол, боровсий суюктугу, перманганат калийдин 1:6000, 1:8000 аралашмасы сунушталат. Ушундай эле аралашмаларды повязка түрүндө колдонулса болот. Пузырларды асептика жана антисептикалык эрежени сактап тийип же жарыш керек. Андан кийин нымдануу процесстери аяктагандан кийин сезгенген жерлерин антифунгалдык терапия – майлар жана аралашмалар (клотримазол, ламазил, тербинафин), певарил (эканазол), миканазол, бифоназол, травоген (изоканозол), батрофен (циклопироксоламин), пимафуцин (натамицин), сунушталат. Кабылданган очагтарды анилин боектору менен каршы кийин грибокторго каршы крем же аралашмаларды майлоо керек. Антигистаминдик жана

десенсибилизирующий терапияны жүргүзүү эң маанилүү. ал эми эпидермофитиянын курч мүнөзүндө антибактериалык жана антифунгалдык терапияны бирдей эле сунушталганы ийгиликтүү эле болот. Ошондой эле тырмак пластинкасынын кабылданылганында кератолитикалык пластырлар, лактар, фунгициддик суюктуктар жана кремдерди пайдалануу эң эле маанилүү болот [8].

Профилактика.

Бут кийимдерди формалин аралашмалары же уксус кислотасы менен тазалап, целлофандык пакетке салып 3-4 күнгө чейин дезинфекциялоо ылайыктуу болот. Ошондой эле өтө терчилдик менен күрөшүү керек [8].

Литература

1. Ариевич, А.М. Грибкалык оорулар, чакалай жана таз / А.М. Ариевич. - Ф., 1951. – 16 б.
2. Буранчиев, А.Б. Грибкалуу /таз, темиротку, микроскопин/ оорулар жана аларга каршы күрөшүү / А.Б. Буранчиев - Ф., 1954. - 16 б.
3. Буранчиев, А.Б. Теринин грибок оорулары / А.Б. Буранчиев - Ф., 1968.- 23 б.
4. Киселев, О.А. Теринин грибок оорулары / О.А. Киселев. - Ф., 1963.- 30 б.
5. Кашкин, П.Н. Руководство по медицинской микологии/ П.Н. Кашкин, Н.Д. Шеклаков. – М., 1978. – 63 с.
6. Лещенко, В.М. Диагностика грибковых заболеваний / В. М. Лещенко. – М., 1982. – 81 с.
7. Северев, А. Теринин жугуштуу оорулары / Которгон: Данияров Т. Ф., Кыргызмамбас. - 1934. - 16 б.
8. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни / Ю.К. Скрипкин. – 1995. - 886 с.
9. Теплиц, В.В. Теринин грибок оорулары / В.В. Теплиц. - Ф., 1962. - 25 б.
10. Юшков, П.Д. Денедеги грибоктор пайда кылуучу оорулардан сактангыла / П.Д. Юшков. - Ф., 1961. - 16 б.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ВЛИЯНИЯ КАЛЪЯНОКУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПИКФЛОУМЕТРИИ И ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

**А.А. Толебаева, А.С. Залесов, Р.В. Осинский,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Позитивные социальные нормы, связанные с использованием кальяна, несомненно, играют роль в его растущей популярности. Курение кальяна, часто, молодыми людьми рассматривается как здоровая альтернатива обычным сигаретам, хотя оно в достаточной мере вызывает никотиновую зависимость. Тем не менее, курение кальяна является прерывистым

поведением, и это может быть причиной того, что люди, как правило, уверены в своей способности прекратить курение кальяна, не ожидая каких-либо проблем с его прекращением [1-3]. Кальянокурение также отличается от других табачных изделий тем, что оно обычно практикуется в группах людей и тем самым способствует социальному взаимодействию [4].

Самое печальное то, что многие считают курение кальяна вполне «безопасным развлечением». Реальность же совсем иная. На одну заправку приходится 6,25 мг (в сигарете 0,8мг), таким образом, никотина в кальяне в 7,5 раз больше. Кроме того, концентрация окиси углерода в дыме от кальяна в 2-3 раза выше, что способствует увеличению сердечных сокращений и даёт эффект слабого опьянения. Если курении сигареты в течение 5–7 минут делается обычно 8–12 затяжек и вдыхается 0,5–0,6 литра дыма, то за время обычного сеанса курения кальяна делается 50–100 затяжек, каждая из которых содержит 0,15 – 1,0 литр дыма. Таким образом, курильщик кальяна может вдохнуть в себя за один сеанс курения дым в объёме, равном дыму нескольких десятков сигарет. При курении кальяна используется фольга, которая при нагревании производит канцерогенные алюминиевые пары–производные бензапирена, а дым содержит высокий уровень токсичных химических веществ, которые приводят к таким заболеваниям, как рак легких, респираторные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, а также рождение ребенка с низким весом. Всемирная организация здравоохранения заявила, что курение кальяна является новой проблемой в сфере общественного здравоохранения [5]. Кроме того, общий мундштук кальяна может вызвать распространение инфекционных заболеваний, таких как туберкулез, герпес, грипп и гепатит [6]. Самый высокий уровень курения кальяна наблюдается в восточной части Средиземноморья и на юго-востоке Азии [7]. Согласно исследованию, проведенному в регионе восточного Средиземноморья, распространенность курения кальяна среди молодежи в этом регионе увеличилась больше, чем сигарет [8,9]. Помимо региона Восточного Средиземноморья распространенность курения кальяна также увеличилась в других регионах, таких как Соединенные Штаты и в странах Европы [10]. В Соединенных Штатах курение кальяна стало вторым наиболее распространенным видом употребления табака после сигарет [11].

Кроме того, в другом аналогичном исследовании, проведенном Roohafza и его коллегами, было сообщено о 28% употреблении кальяна среди студентов [12]. Иранские ученые из Машхадского университета медицинских наук под руководством Мохаммада Хоссейна Боскабади провели эксперимент с 57 иранскими любителями кальяна. По результатам исследования: одышка была найдена у 23% кальянных курильщиков, сдавленность в груди присутствовала почти у 37% курильщиков, кашель присутствовал у 21% курильщиков кальянов. В Кыргызстане тоже набирает популярность кальянокурение и что плачевно – эти лица подросткового и молодого возраста.

Целью работы явилось:

- Определение уровня информированности о негативном влиянии калянокурения на здоровье населения.
- Определение влияния калянокурения на общее самочувствие исследуемых.
- Выявить зависимость между калянокурением и его влиянием на максимальную скорость воздушного потока при форсированном выдохе, частоту сердечных сокращений и показатели периферической кислородной сатурации.

Материалы и методы

В качестве исследуемого контингента случайным образом были выбраны 143 человека подросткового и молодого возраста в барах и кафе г. Бишкек, среди которых была проведена выборка 85 человек (40 мужчин и 45 женщин), которые употребляют калян не более 1 раза в месяц. Перед проведением исследования проводился опрос об информированности негативного влияния калянокурения при помощи анкет, разработанных нами. Измерения пиковой скорости выдоха (ПСВ) у данной группы производились пикфлоуметром, а показатели периферической кислородной сатурации (SpO_2) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) с помощью пульсоксиметра. Измерения показателей производились до начала и через 30-45 минут калянокурения. После полученных результатов оценивалось состояние и самочувствие исследуемых, а также регистрировались основные жалобы после процедуры.

Статистическая обработка проводилась с помощью программного обеспечения «Microsoft Office Excel 2016» и «*Statistical Package for the Social Sciences 16.0*» (SPSS), о достоверности различий судили по тесту Кохрана, разброс показателей до и после калянокурения высчитывался по формуле: $(ПСВ \text{ (после)} - ПСВ \text{ (до)}) / 1/2 (ПСВ \text{ (после)} + ПСВ \text{ (до)}) \times 100$.

Результаты и их обсуждении

После проведенного анкетирования лиц подросткового и молодого возраста об информированности негативного влияния каляна получены следующие данные: только 17,5% парней и 11,1% девушек информированы о вредном воздействии каляна на организм человека (рисунок 1). Из опрошенных только 36,6% относятся отрицательно на курения каляна в общественных местах, 63,4% так не считают.

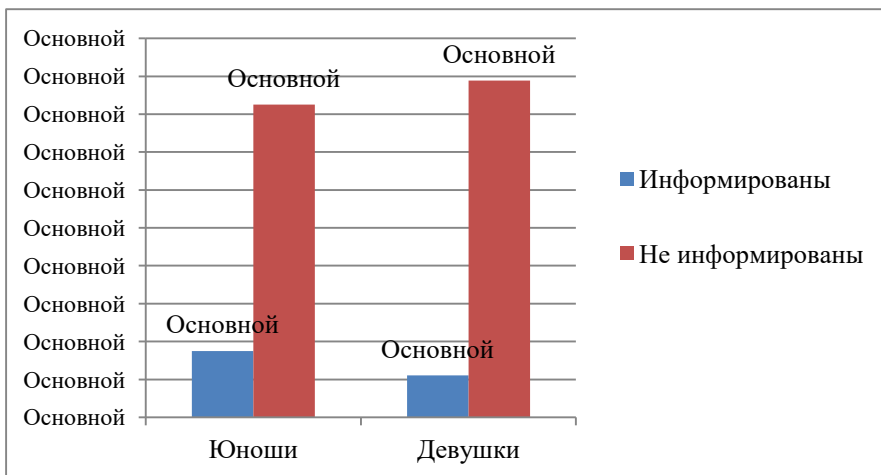


Рисунок 1 - Доля (%) информированности о вреде курения кальяна в зависимости от пола

Во время употребления кальяна у лиц женского пола тошнота наблюдалась - в 15,6%; головная боль - 28,9%; головокружение - 13,3%; кашель - 17,7% случаев. Среди исследуемых лиц мужского пола тошнота наблюдалась - в 22,5%, головная боль - 27,5%; головокружение - 10%; кашель - 17,5% случаев (рисунок 2).

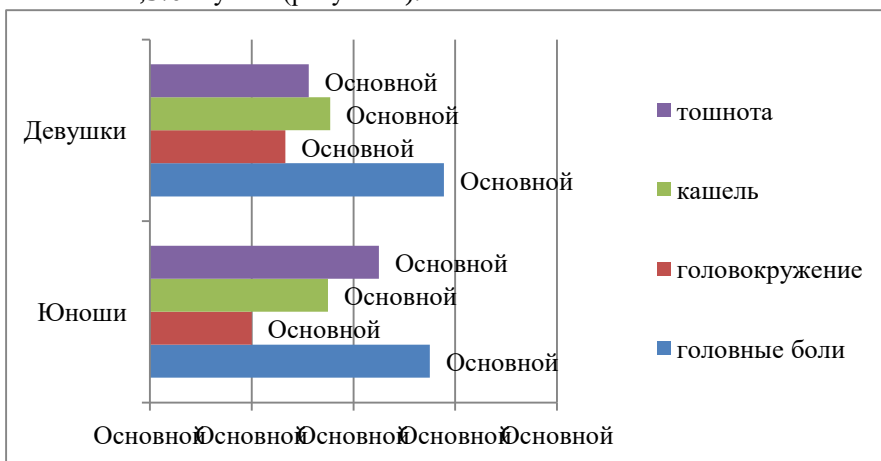


Рисунок 2 - Доля (%) субъективных ощущений после курения кальяна у юношей и девушек

Средняя вариабельность ПСВ до и через 45 минут кальянокурения составила у мужчин 20,6% и у женщин 22,8%; снижение SpO_2 в среднем составило 2,8%; ЧСС до и после курения кальяна в среднем увеличилась на 29,4%.

Выводы: Курение оказывает негативное влияние на здоровье, как в молодом, так и в долгосрочной перспективе. Курение входит в пятерку ведущих факторов риска, определяющих глобальный риск смертности. А курение кальяна еще более опасно, чем курение сигареты. К сожалению, основная масса курильщиков не знает о негативном влиянии курения кальяна и считает его безвредным развлечением; только разовое употребление кальяна вызывает ряд неблагоприятных для человека симптомов, таких как тошнота, кашель, головные боли и головокружение; имеется прямая зависимость между курением кальяна и снижением ПСВ и SpO_2 , увеличением ЧСС у лиц молодого возраста.

Все ограничения относительно реализации (продажи) и употребления табачных изделий относятся и к кальяну в частности, необходимо запретить продажу кальяна лицам, не достигшим 18 лет, а также курению кальяна в общественных местах.

Литература

1. Akl, E.A. Motives, beliefs and attitudes towards waterpipe tobacco smoking: a systematic review / E.A. Akl, M.J. Awad, W.Y. Lam et al. // *Harm Reduct J.* - 2013. - V. 10, N 12. - P. 1186.
2. Nuzzo, E. Associations between hookah tobacco smoking knowledge and hookah smoking behavior among US college students / E. Nuzzo, A. Shensa, K.H. Kim et al. // *Health Educ Res.* - 2013. - V. 28, N 1. - P. 92–100.
3. Maziak, W. Patterns of waterpipe use and dependence: implications for intervention development / Maziak W, Eissenberg T, Ward K. // *Pharmacol Biochem Behav.* - 2005. - V. 80, N 1. - P. 173–179.
4. Gatrad R, Gatrad A, Hookah smoking. *MJ.* 2007; 335
5. Organization, W.H. Regulation WSGoTP. Advisory note: waterpipe tobacco smoking: health effects, research needs and recommended actions by regulators. 2nd ed. / W.H. Organization // WHO. - 2015. - P. 315-319.
6. Prevention CfD Ca. Fact sheet on hookah smoking. - 2011. - P. 256.
7. Shihadeh, A. Towards a topographical model of narghile water-pipe café smoking: a pilot study in a high socioeconomic status neighborhood of Beirut, Lebanon / A. Shihadeh, S. Azar, C. Antonios et al. // *Pharmacol Biochem Behav.* - 2004. - V. 79, N 1. - P. 75–82.
8. Elawa, F. Changes in tobacco use among 13–15-year-olds between 1999 and 2007: findings from the Eastern Mediterranean Region / F. Elawa, C. Warren, N. Jones. - 2010. - P. 16-23.
9. Warren, C.W. Change in tobacco use among 13–15 year olds between 1999 and 2008: findings from the Global Youth Tobacco Survey / C.W. Warren, V. Lea, J. Lee et al. // *Glob Health Promot.* - 2009. - P. 38–90.

10. Shafagoj, Y.A. Levels of maximum end-expiratory carbon monoxide and certain cardiovascular parameters following hubble-bubble smoking / Y.A. Shafagoj, F.I. Mohammed // Saudi Med. J. – 2002. - V. 23, N 8. – P. 953–958.
11. Cobb, C.O. A multiyear survey of waterpipe and cigarette smoking on a US university campus / C.O. Cobb, Y. Khader, A. Nasim et al. // J. Am. Coll Health. – 2012. - V. 60, N 7. – P. 521–527.
12. Roohafza, H. Perceived factors related to cigarette and waterpipe (ghelyan) initiation and maintenance in university students of Iran / H. Roohafza, M. Sadeghi, M. Shahn timer et al. // Int J. Public Health.. – 2011. - V. 56, N 2. – P. 175–180.

ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

М.З. Эшимбетова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Сахарный диабет — это эндокринное заболевание, характеризующееся хроническим повышением уровня сахара в крови вследствие абсолютного или относительного дефицита инсулина — гормона поджелудочной железы. Заболевание приводит к нарушению всех видов обмена веществ, поражению сосудов, нервной системы, а также других органов и систем [1].

Классификация сахарного диабета

Различают: 1 .Инсулинозависимый диабет (сахарный диабет 1 типа) развивается в основном у детей и молодых людей; 2. Инсулиннезависимый диабет (сахарный диабет 2 типа) обычно развивается у людей старше 40 лет, имеющих избыточный вес. Это наиболее распространенный тип болезни (встречается в 80-85% случаев); 3 .Вторичный (или симптоматический) сахарный диабет; 4. Диабет беременных. 5. Диабет, обусловленный недостаточностью питания [1,2].

При сахарном диабете 1 типа имеется абсолютный дефицит инсулина, обусловленный нарушением работы поджелудочной железы. При сахарном диабете 2 типа отмечается относительный дефицит инсулина. Клетки поджелудочной железы при этом вырабатывают достаточно инсулина (иногда даже повышенное количество). Однако на поверхности клеток блокировано или уменьшено количество структур, которые обеспечивают его контакт с клеткой и помогают глюкозе из крови поступать внутрь клетки. Дефицит глюкозы в клетках является сигналом для еще большей выработки инсулина, но это не дает эффекта, и со временем продукция инсулина значительно снижается [3].

Причины СД основной причиной сахарного диабета 1 типа является аутоиммунный процесс, обусловленный сбоем иммунной системы, при котором в организме вырабатываются антитела против клеток поджелудочной железы, разрушающие их. Главным фактором,

провоцирующим возникновение диабета 1 типа, является вирусная инфекция (краснуха, ветряная оспа, гепатит, эпидемический паротит (свинка) и т.д.) на фоне генетической предрасположенности к этому заболеванию. Основных факторов, провоцирующих развитие сахарного диабета 2 типа два: ожирение и наследственная предрасположенность. Разрушительная сущность СД заключается в неуклонно нарастающих тканевых изменениях, возникающих первоначально на почве микроциркуляторных расстройств с явлениями постепенно развивающейся местной гипоксии. По мере прогрессирования заболевания сосудистая и тканевая патология усиливается, приобретая разнообразные клинические формы. Особенно часто у больных с СД поражаются сосуды почек и глаз, что составляет 78-98%. Причем из всех известных клинических проявлений диабетической офтальмопатии наибольшую опасность представляет ретинопатия, которая приводит к слабовидению и слепоте. Диабетическая ретинопатия (ДР) является поздним микроангиопатическим осложнением СД. Обычно она развивается спустя 10 лет и позже от его начала и проходит ряд патоморфологических фаз: 1) Формирование микроаневризм. 2) Повышение проницаемости стенок сосудов сетчатки с выходом в ее ткань различных элементов крови. 3) Окклюзия сосудов сетчатки с нарастанием затем ее ишемии. 4) Неоваскуляризация и фиброзная пролиферация сетчатки, диска зрительного нерва и стекловидного тела. 5) Сокращение фиброваскулярной ткани с развитием очень тяжелых внутриглазных осложнений терминального характера. Непосредственной причиной снижения остроты зрения служат патологические изменения, развивающиеся в центральной зоне сетчатки в виде макулопатии. В ее патогенезе также доминируют процессы, связанные с повышением проницаемости стенки капилляров, нарушением их перфузии с последующей облитерацией [3].

Основные клинические проявления диабетической офтальмопатии во вспомогательных органах глаза: Со стороны век наблюдаются: 1) хронический рецидивирующий блефарит или блефароконъюнктивит (4-6%). 2) рецидивирующий ячмень. 3) упорный мейбомит. 4) рецидивирующий халязион. 5) Подкожные кровоизлияния. 6) экзема кожи. 7) появление ксантелазм. Со стороны конъюнктивы наблюдаются: 1) аневризматическое расширение венул у лимба и появление микроаневризм. 2) точечные и более обширные кровоизлияния. Со стороны роговицы: 1) дистрофический кератит (чаще поверхностный) и мелкоточечный кератит, развивается у 20% больных. Со стороны сосудистой оболочки наблюдаются: 1) васкуляризация и рубцов радужки 4-6%. 2) васкуляризация структур угла передней камеры. 3) иридоциклит (обычно в субклинической форме) 3-4%. Оптические среды глаза: 1) Со стороны хрусталика развивается 2 варианта катаракты: истинная диабетическая и старческая катаракты, которые развиваются на фоне сахарного диабета. Истинная диабетическая встречается редко (2-6% случаев) обычно только у молодых людей до 30-35 лет, страдающих тяжелой формой сахарного диабета и получающие большие дозы инсулина.

Содержание сахара высокое $16,6 \pm 19,4$ ммоль/л, возможны коматозные состояния. Созревание катаракты происходит быстро, иногда толчкообразно. Провоцирующим моментом является редкое снижение или повышение содержания сахара в крови. Лечение хирургическое. 2) Со стороны стекловидного тела наблюдаются: 1) деструкция стекловидного тела в виде отложений холестерина, образованием в нем интравитреальных тяжей и развитием фиброза. 2) частый рецидивирующий гемофтальм, который принимает злокачественное течение. 3) возможная экссудация в стекловидном теле. Характерным симптомом после первого кровоизлияния в стекловидное тело является то, что продолжительность жизни больного составляет 3-5 лет. Со стороны сетчатки чаще всего встречаются самые тяжелые осложнения- это: 1) ретинопатия в различных стадиях развития, что составляет до 98,9%. 2) макулопатия составляет 53-75%. Макулопатия (диабетический макулярный отек) может сопровождать любую стадию диабетической ретинопатии. При этой форме диабетических изменений повреждается центральная область сетчатки – макула. Поэтому, возникновение макулярного отека сопровождается снижением остроты зрения, искривлением видимых предметов (метаморфопсии). Так как изменения со стороны сетчатки носят наиболее тяжелую форму поражения остановимся подробнее на клинико- структурных характеристиках изменений сетчатки у больных с СД, а также принципах лечения. Различают следующие стадии ретинопатии:

I Непролиферативная стадия: Клинические симптомы: 1) Расширение вен сетчатки, 2) Появление в сетчатке микроаневризм, единичных мелких кровоизлияний, «твердых и мягких экссудатов». «Твердые» экссудаты - желтого цвета состоят из липо- гликопротеинов, фосфолипидов и нейтрального жира. Образуется за счет пропотевания этих веществ через сосудистую стенку и наружный плексиформный слой сетчатки. «Мягкие» экссудаты - белого цвета, являются следствием инфарктов сетчатки в слое нервных волокон. Их возникновение сопровождается отеком ткани и выпотом белковых компонентов. Основные методы лечения: Медикаментозная терапия (прием сахаропонижающих препаратов) + соблюдение назначенной диеты.

II стадия: препролиферативная. Клинические симптомы: 1) Увеличение в сетчатке количества сосудистых микроаневризм и «мягких» экссудатов. 2) Развитие выраженных изменений со стороны венозных сетчатых стволов (четкообразность, удвоение калибра, наличие петель) и ее артерий (сегментарные сужения и окклюзии). 3) Развитие интравитреальных сосудистых аномалий в виде микроаневризм, телеангиоэктазий (выявление при флуоресцентной ангиографии). Лечение: панретикулярная лазеркоагуляция сетчатки.

III стадия: пролиферативная. Клиника: 1) появление массивных кровоизлияний (преретинальных, в стекловидное тело).

2) Неоваскуляризация (радужки, эпиретинальная, эпипапиллярная, перипапиллярная, папиеловитреальная, ретиновитреальная).

3) Эпиретинальный и витреоретинальный фиброз.

4) Тракционная отслойка сетчатки.

5) Вторичная (неоваскулярная) глаукома.

Лечение: панретинальная лазеркоагуляция. Хирургические операции по поводу гемофтальма, развившейся отслойки сетчатки, вторичной глаукомы. Возможны комбинированные вмешательства. Наиболее эффективным методом и «золотым стандартом» лечения диабетической ретинопатии в препролиферативной и пролиферативной стадиях, является своевременное выполнение лазерной коагуляции сетчатки. Результаты многочисленных мультицентровых исследований DRCRNet показали, что лазерная коагуляция, проведенная на ранних стадиях ретинопатии, приводит к снижению уровня слепоты на 50%. Методика лазерного лечения (панретинальная лазеркоагуляция сетчатки) заключается в нанесении не менее 2500 лазерных коагулятов практически по всей площади сетчатки, исключая центральную (макулярную) область. Воздействие на эти зоны лазером приводит к уменьшению гипоксии сетчатки, снижению роста новообразованных патологических сосудов.

IV стадия: Клинически значимый макулярный отек. Клинические симптомы: 1) Утолщение сетчатки в зоне до 500 мкм от центра макулы (1/3 Др). 2) Наличие в указанной выше утолщенной зоны «твердых экссудатов». 3) Утолщение сетчатки в зоне от 500 мкм до 1500 мкм 1 (Др) от центра макулы. Лечение: фокальная лазеркоагуляция сетчатки.

Изменения со стороны сетчатки. Различают 4 стадии диабетической ретинопатии:

I стадия: ангиопатия- изменение только со стороны вен. Имеется умеренная дилатация и извитость вен, новообразования венул (флебопатия), микроаневризмы. Функции органов зрения не нарушены. У детей и подростков на этой стадии нередко отличается неоваскуляризация диска зрительного нерва, и по мере увеличения количества новообразований сосудов, вокруг диска создается картина сосудистого венчика. Развитие этого симптома расценивается как включение компенсаторного механизма в борьбе с гипоксией.

II стадия: начальная ретинопатия. Изменения в сосудах сопровождаются точечными кровоизлияниями у заднего полюса, начальными явлениями экссудации и снижением остроты зрения. Изменение ткани сетчатки без пролиферативных компонентов характерно наличием в сетчатке патологических фокусов в виде кровоизлияний, отека или дегенеративных изменений ткани. Кровоизлияния имеют вид небольших пятен, округлой формы, темно-красного цвета в центральной зоне, либо по ходу крупных вен. Возможны штрихообразные формы сосудов. Источником кровоизлияний являются мелкие вены. «Твердые» и «мягкие» экссудаты локализируются в центральной части глазного дна и имеют желто - белый цвет,

либо блестящий или матовый вид. На основании перечисленных выше характеристик очагов, можно сделать вывод о повышении у больного холестерина крови или о большом количестве белка в моче. Следующим элементом простой диабетической ретинопатии является отек сетчатки. Офтальмоскопически он выявляется в виде зон серовато-желтого цвета в центральной или макулярной зоне, или по ходу крупных вен. В поле зрения возможен дефект центральной части в виде скотомы.

III стадия –выраженная ретинопатия. Кроме изменений в I и II ст. наблюдается новообразование сосудов и пролиферативные изменения как в ткани сетчатки, так и в стекловидном теле. Переходу процесса в данную, IV - фактически терминальную стадию всегда предшествуют кровоизлияния в сетчатку или стекловидное тело. На месте кровоизлияния остаются ее форменные элементы и нити соединительной ткани. Для ткани, заместившей кровоизлияния, характерны увеличение и распространение пролиферативных изменений, а также образование в них новых сосудов. Образующаяся соединительная ткань, распространяется по поверхности внутренней пограничной мемbrane сетчатой оболочки, выстилая ее, а также простирается в стекловидное тело, служа проводником для его васкуляризации. Новообразованные сосуды весьма тонкие и хрупкие, что рано или поздно приводит к новым кровоизлияниям. Процесс в целом можно характеризовать как своеобразный патологический цикл: - кровоизлияние => пролиферативная ткань => новообразованные сосуды=> кровоизлияние. В финале могут развиваться тракционная отслойка сетчатки, гипотония глазного яблока или вторичная гипертензия. Сахарный диабет часто сочетается с атеросклерозом, гипертонической болезнью, вторичной почечной гипертензией и нефропатией. У таких больных часто наблюдается выраженный транссудативный отек сетчатки в области желтого пятна, так называемая- «фигура звезды», и ватообразные белые очаги. Диабетическая ретинопатия чаще встречается у женщин. Частота поражения составляет от 20-90% случаев. В течении первых 5 лет 10-15% таких больных слепнут. В юношеском возрасте прогноз менее благоприятен: 20% ослепших больных умирают в течение 2-3 лет.

Для полноценной диагностики диабетических поражений глаз, согласно мировым стандартам, проводится осмотр глазного дна с помощью специальных диагностических линз при максимальном расширении зрачка. При необходимости, возможно проведение дополнительных высокоинформативных методов исследования сетчатки, таких как оптическая когерентная томография (ОКТ), флюоресцентная ангиография (ФАГ) и оптическая томография в режиме ангиографии (ОКТА) [3,4].

Литература

1. Сомов, Е.Е. Клиническая офтальмология / Е.Е. Сомов. – М.: «Медпресс-информ», 2005. – С. 312-316.
2. Терапевтическая офтальмология. – М.: «Медицина», 1985. – С. 510-515.
3. /<https://medportal.ru/enc/endocrinology/diabetsaharnyj/Diabetsaharnyj/>
4. /<https://www.mntk.irkutsk.ru/treatment/diabetes/>

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

АЯЛДАРДЫН СТРЕССТИК ЗААРАНЫ КАРМАЙ АЛБАЙ КАЛУУСУ

**Абдисалам у. Э., Г.С. Чернецова, Ч.Б. Алимов,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Киришүү. Заараны кармай албоо (ЗКА) же инконтиненция, бул заара чыгаруучу каналдын сырткы тешигинен өз алдынча башкаруусуз чыгып кеткен заара. Бул оору социалдык жана медициналык проблема болуп эсептелет. Эгерде табарсыктын ичиндеги басым заара чыгуучу каналдын басымынан жогору болгондо ЗКА пайда болот.

Заараны кармоо проблемасы боюнча эл аралык уюмдун (International Continence Society, ICS) эпидемиологиялык маалыматтары төмөнкүлөрдү көрсөткөн, стресстик заара кармай албай калу АКШ жана Европа мамлекеттеринде кенен тараган, булл жактарда аялдардын 34 төн 38%га чейин ушул дарттан жабыркашат. ЗКА кенен тарагандыгына карабастан, бизде медициналык жардамга кайрылгандардын саны аз. Бул факторго көп себептери бар, алардын бири пациенттердин жана биринчи баскычта турган даарыгерлердин билими аздыгынан, маалыматтын жоктугунан, проблемманын интимдүүлүгү жана оорулуулардын каарылыкта коштоочу көрүнүш катары кабыл алуусу.

Стресстик заараны кармай албоого алып келуучу факторлор Аялдарда ЗКА алып келуучу бир нече кооптуу факторлор бар, шартуу түрдө 3 группага бөлсө болот: шарт түзүүчү, акушердик жана гинекологиялык, козгоочу факторлор.

Шарт түзүүчү факторлор

Этникалык таандыгы.Изилдөөлөргө ылайык европейид рассасындагы аялдар башка расадагы аялдарга салыштырмалуу, анын ичинен азиат жана африка рассасынан ЗКА дарты пайда болуу мүмкүнчүлүгү 3 эсе көп.

Кант диабети полинейропатияга, бут органдардын кан тамырларынын жана организмдин системаларынын бузулушуна алып келет, ушуну менен чогу заара жана жынс системасы жабыркайт, заараны чыгуусу бузулушуна шарт түзүлөт.

Нерв орулары – мээ, жүлүн травмалары, баш мээнин инфаркты, инсульту, Паркинсон оорусу, жайылган склероз, полимиелит, перфериалык нерв системасынын бузулушу жана башкалар, ушунун баарысы нейрогендик табарсык оорусуна жана ЗКА алып келиши мүмкүн.

Акушердик и гинекологиялык факторлор

Төрөттөрдүн саны жана ал учурдагы травмалар – аялдардын ЗКА дартынын келип чыгуусунун негизги себеби. Кошбойлуулук жана төрөт учурунда нерв тамырлары жана кичи жамбаш чаарасыны кармап туруучу

структуралары жабыркашы мүмкүн. Акушердик ыкмалар (эпизиотомия, перинеотомия), өзгөчө инвазивдүү (түйүлдүктү вакуум-экстракторлоо, акушердик кыпчыгычтарды колдонуу), жана чоң салмактагы бала төрөө кошумча травмаларды алып келүүчү фактор, ЗКА келип чыгышына түздөн түз таасирин тийгизет. Мисал үчүн эпизиотомиядан кийин ЗКА 5 жыл ичинде пайда болуу коркунучу 2 эсе жогорулайт.

Кичи жамбаш чаарасындагы органдарга жасалган операциялар. Кичи жамбаш чаарасына жасалган операциялар (радикалдык гистерэктомия, түз ичегиге жана жынстык органдарга ж.б.) жана нур терапиясы ролу талаш жараткан бойдон калууда. Бир четинен булар табарсыктын иннервациясын, аны кармап турган структуралардын бузулушуна алып келсе, экинчи жактан бир нече изилдөөлөр ЗКА менен туз байланыш тапкан эмес.

Жамбаш чаарасындагы органдардын пролапсы. Аялдардын сырткы жыныс органынын ичинин алдынкы керегечи ылдый тушушу (цистоцеле) уретраны «асма тор» сымал кармап турчу функциясынын жоголушу, табарсыктын моюнчасынын гипермобилдүү болушу менен коштолуп, натыйжада ЗКА келип чыгат. Кебирки цистоцела, өзгөчө III-IV стадияда табарсыктын ылдый тушуп уретраны түртүп калгандыктан улам ЗКА симптомдорун чакырышы мүмкүн. Бул акыбалда ЗКА пролапсты коррекциялагандан кийин пайда болот.

Козгоочу факторлор

Жашы. Жашы өткөн сайын ЗКА көп кездешет. Каары жаштагы аялдар жаш курактагы аялдарга салыштырмалуу ЗКА менен көп жабыркайт. Популяциялык изилдөөлөр ар бир 5 жыл сайын оору пайда болуу мүмкүнчүлүгү 1,34 эсе жогорулашын көрсөттү. Биринчи эң көп кездешкен (30-35%) учур 50-60 жаштагы, экинчи учур 65 жаштан жогорку аялдарда.

Семирүү. Дененин салмагы көбөйүшү менен жамбаш чаарасынын түбүнө болгон басым күчөйт. Кебирки учурларда дененин салмагын азайтуу ЗКА симптомдорунун азайышына алып келет.

Чылым чегүү. Белгилүү болгондой чылым чегүү дем алуу жолдорунда obstructивдик ооруларга алып келет, жана алар өнөкөт жөтөл менен коштолушу мүмкүн. Авторлордун айтымында төрттөн кийин биринчи жылы чылым чеккен аялдар ЗКА, чекпеген аялдарга салыштырмалуу 3 эсе көп кабылат.

Ич катуулар. Көп сандаган ич катуулар ала булчундарынын ашыкча чоюлтуп жыйрылуу активдүүлүгүн азайтат жана жамбаш нерв тамырлары жабыркайт.

Климакс учуру. Климакс учурундагы атрофиялык өзгөрүүлөр жана заара инфекциялары ЗКА пайда болуу коркунучун күчөтөт.

Заара инфекциялары убактылуу ЗКА себеби болушу мүмкүн.

Активдуу спорт. Кебирки изилдөөлөр көрсөткөндөй, төрөй элек жаш, спорт менен активдүү алектенген аялдарда ЗКА 20% га көп кездешет.

Стресстик заараны кармай албоонун патогенези

XIX-кылымдан баштап окмуштуулар ЗКА себебин аялдардын жамбаш чаарасындагы патологиялык өзгөрүүлөрдөн издешкен. 1888 жылы W.H. Baker өзүн эмгегинде уретранын гипермобильдүүлүгүн жазган «...аялдардын жыныс кынынын алдынкы керегечи түшүп уретра дислокация болгон кезде, заараны кармай албоо көп кездешет»

Жаңы технологиялардын өнүгүүсү менен ЗКА патогенезине болгон көз карашта өзгөрүп жатты. ЗКА пайда болусун түшүндүргөн көптөгөн теориялар сунушталды.

1957 жылы G. Enhörning курсак көңдөйүндөгү басым табарсыка да уретрага да таасирин тийгизеерин айтты. Уретра дислокация болгон учурда курсак көңдөйүндөгү басым уретрага азыраак таасир этип табарсыктагы басым көбүрөөк болуп ЗКА алып келиши мүмкүн. Бул **«басымдын трансмиссиясы»** теориясын келип чыгуусуна себеп болгон.

Мындан аркы нейрофизиологиялык изилдөөлөр **«сфинктердин жетишсиздиги»** теориясын жаратты. ЗКА менен ооруган аялдардын уретра сфинктеринин иннервациясы бузулушунун натыйжасында ЗКА келип чыгат деп окмуштуулар сунуштады.

«Асма тор» теориясы J.O. DeLancey тарабынан 1996-жылы сунушталган, зараны кармоо процессине пубоцервикалдык фациянын, ошондой эле жыныс кынынын алдынкы керегечинин маанилүүлүгү баса белгиленет. Нормада курсак көңдөйүндөгү басым жогорулаган кезде уретранын проксималдык бөлүгү компрессияланып, заараны чыгып кетүүсүнөн сактайт. Пубоцервикалдык фациянын алсыздыгы авторлордун ою боюнча курсак көңдөйүндөгү басым көтөрүлгөн кезде уретрага болгон компрессия азайып ЗКА келип чыгуусуна себеп болот. **«Интегралдык теория»**, P.E. Petros жана U. Ulmsten тарабынан XX-кылымдын 90-жылдарында жазылган, бул теорияга ылайык жамбаш чаарасындагы тутумдаштыргыч ткандардын, эң негизгиси болуп пубоуретралдык байламтанын патологиясынын айынан ЗКА келип чыгаарын божомолдошкон. Авторлордун ою боюнча заараны кармоодо негизги ролду пубоуретралдык байламта аткарат. Бул байламта уретраны өз оордунда кармоодо жана табарсыктын моюнчасынын жабылышына катышат.

Стресстик заараны кармай албай калуунун классификациясы

Бүгүнкү күндө ЗКА даражасын аныктоо учун эл аралык **классификацияны** колдонушат (E. McGuire, Blavias, 1988).

тип 0 – гинекологиялык креслодо көрүү учурунда жөтөлтмө тест аныкталбайт, бирок оорулуулардын даттануулары СЗКА мүнүздүү;

- тип 1 – креслодо көрүү учурунда жөтөлтмө тест аныкталат, уретранын гипермобильдүүлүгү байкалат;

- тип 2 – жөтөлтмө тест, уретранын гипермобильдүүлүгү менен кошо цистоцеле аныкталат;

- тип 3 – оор түрү. Креслодо көрүү учурунда жөтөлтмө тест аныкталат, уретра фиксацияланган жана сфинктердик жетишсиздик байкалат.

Заараны кармай албоону диагностикалоо Милдеттүү аткарылуучу изилдөөлөр

Оору баянына жана жалпы абалына баа берүү.

Даттануулары: жотолуу, чүчкүрүү, физикалык кыймыл аракет, спорт менен алектенген учурда зааранын чыгып кетиши. Стресстик заара кармай албаган пациенттер бат-баттан заара кылууга жана ноктурияга даттанбайт. Бул симптомдор ЗКА аралаш формасындагы пациенттерде кездешет.

Пацент менен суйлошүү учурунда ЗКА алып келүүчү факторлорго көнүл буруу заарыл (төрөттөрдүн саны жана төрөт учурундагы проблеммалар, кичи жамбаш чаарасындагы органдарга жасалган хирургиялык операциялар, травмалар).

ЗКА алып келүүчү коштогон ооруларды билүү өтө заарыл. Мисалы, бронхиалдык астма, өнөкөт бронхит, өнөкөт ич катуулар.

Канча суюктук ичерин, анын көлөмү жана кандай түрдө экенин аныктоо. Бейтаптар атайын заараны чыгып кетпеши үчүн аз көлөмдө суу ичиши мүмкүн. н

Анамнезин чогултуп жатып буга чейинки даарылоонун түрлөрүн, эффективдүүлүгүн тактоо заарыл.

Гинекологиялык изилдөөлөр учурунда сырткы жынс органдарынын абалына баа берүү маанилүү. Зааранын чыгуусунан жана ным соруучу тампондорду колодонуудан улам теринин жабыркашын байкаса болот. Атрофиялык өзгөрүүлөр эстрогендин жетишсиздигинен кабар берет. Андан сон уретранын сырткы тешигинин формасын, жайгашкан оордун, былжыр чел кабыгынын абалына көнүл бурулат.

Аялдардын жынс кыныны ичин атайын күзгү менен үстүнкү керегесин көрөбүз. Пациент «кыйынып» анан жөтөлүшү керек. Бул жөнөкөй тест учурунда зааранын агып кеткенин жана уретра менен табарсыктын моюнчасынын гипермобильдүүлүгүн көрсөк болот.

1 таблица - Гиперактивдуу табарсык жана ЗКА объективдүү баа берүүнүн негизинде айырмалоо

Симптомдору	Стресстик кармай албоо	Ургентик кармай албоо
Заараны кыйналып кармоо	жок	ооба
Суткасына 8-10 жолудан ашык заара кылуу	жок	ооба
Бир нече жолу заара кылууга ойгонуу	жок	ооба
Чүчкүргөндө, жөтөлгөндө, оор нерсе көтөргөндө зааранын	ооба	жок

чыгып кетүүсү		
Заара чыгып кеткен эпизот учурунда зааранын көлөмү	аз	коп
Даарат канага убагында жетишүү	ооба	жок

Лабораториялык тестер. Зааранын жалпы анализи заара жолдорунун инфекциясы бар пациенттерди аныктоого жардам берет.

Сунушталган изилдөөлөр.

Заара чыгаруунун күндөлүгү. Күндөлүктө зааранын чыгарган убактысы, анын көлөмү, ичкен суюктуктун көлөмү жана түрүнү, зааранын өз алдынча чыгып кеткен эпизоддорду, анын эсебин, кармана албоочудай болуп заара кылгысы келген учурларды, колдонулган прокладкалардын саны жазылат. Нормада заара кылуунун саны суткасына 6-8 жолу, түндөсү 1 жолудан көп эмес. Объективдүү маалымат алуу үчүн кеминде 3 күн күндөлүктү толтуруу заарыл.

Урофлоуметрия жана калдык заараны текшерүү скрининг тест катары ылдыйкы заара жолдорунун дисфункциясы бардыгы шек жараткан учурда колдонулат.

Визуалдаштыруу жолдору. Ылдыйкы заара жолдорунун жана кичи жамбаш чаарасынын органдарынын патологиясы бардыгы күмөн жараткан учурда колдонулат. Биринчилерден болуп ультра дабыш изилдөө жана жалпы рентгенография колдонулат.

Эндоскопиялык изилдөөлөр. Уретероскопия бут оорулууларга себепсиз колодонулбайт. Бирок цистоскопияны төмөнкү учурларда колдонуу заарыл:

✓ өнөкөт, татаалдашкан жана кайталанып турган ЗКА (мисалы нейрохирургиялык операциялардан кийин);

✓ эгер биринчи изилденуу учурунда башка патология аныкталса мисалы гематурия.

✓ эгерде табарсык тушунда оорутуу же дискомфорт болсо.

✓ экстрауретралдык ЗКА шек жаратканда.

Кошумча изилдөө методдору.

Кошумча уродинамикалык изилдөөлөр кошумча маалымат керек болгон учурда колдонулат.

Уретранын басымынын профилометриясы. Профилометриядан алынган маалыматтардын негизинде уретранын жалпы жана функционалдык узундугуна, уретранын максималдык ички басымына, жабылуунун максималдык басымына баа берилет.

Видеоуродинамикалык изилдөөлөр – кошумча анатомиялык маалыматтарды алуу максатында, көбүнчө балдар урологиясында колдонулат.

Ала булчундарынын электромиографиясы– үстүртөдөн ийнелүү же аналдык электроддун жардамында жасалат, тармал булчуңдардын жана табарсык булчундарынын активдүүлүгүн аныктайт. Өзгөрүүлөр ала булчундарынын деинервациясы тууралуу кабар берет.

rad-тест (прокладка тести) – 24 саат ичинде чыгып кеткен зааранын өлчөмүн объективдүү аныктайт. Алдынала өлчөнгөн прокладкаларды пациентке берет жана ар бир 2-3 саат сайын атайын капчага чогултат. Кийинки күнү баарын чогуу салмагын өлчөнөт.

Стресстик заара кармай албоонун дарылоо жолдору **Консервативдик метод**

Журум-турумун өзгөртүү. Жашоо стилин өзгөртүүдө биринчилерден болуп ЗКА алып келүүчү зыяндуу адаттарын таштоосу заарыл. Чылым чекпөө, ашыкча салмактуу аялдарга дене салмагын азайтуу, кофе, чай ичүүнү чектөө. Курсак көңдөйүндөгү басымды азайтуу жасалган профилактика (өнөкөт ич катууну, өнөкөт өпкө ооруларыны дарылоо) ЗКА симптомдорунун азайышына алып келет.

Ала булчундарына жасалган көнүгүүлөр (Кегел көнүгүүсү) ала булчундарынын алсыздыгын жоюга жана аны күчтөнтүүгө багытталат.

Электрдик стимуляция. Азыркы күндө медицинанын көп тармагында электрдик таасир этүү колдонулат. Huffman и Bors тарабынан өткөнкү кылымдын 50 жылдары ала булчундарын электр стимулдаштыруу киргизилген. Ошондон бери тери сырткы, жынстык органдын ичи аркылуу, трансректалдык модификациялары сунушталды. Булчуңдардын борбордук инервациясы бузулган кезде электр импульсунун жардамы менен жыйрылтса болот.

Экстракорпоралдык магниттик стимулдаштыруу. Магниттик талаа аркылуу ала булчундарына электр тогун индукциялап стимулдаштыруу. Нерв тамырларын деполяризациялоо учурунда келип чыкан импульс булчуңдарды жыйрылтат.

Фармакологиялык дарылоо.

Дулоксетин. Дулоксетин нейрондордун норадреналин менен серотонинди кайра кармоосун тосот. Уретранын жыйрылуу жөндөмүн жакшыртат, зааранын табарсыкта чогулуу фазасында уртрада жогорку жыйрылуу пайда кылат. 50% жакын бейтаптарга дулоксетин жардам берет.

Эстрогенди локалдык колдонуу. Биринчилерден жынстык гормондор ЗКА дарылоо максатында 1941–жылы колдонулган. Климакстан кийинки аялдарга эстраген колдонулса уретранын ички басымы көбөйөөрү аныкталган. Менопауза учурундагы аялдарга эстрогенди ЗКА женил формасында колдонсо болот.

Холинолитиктер (солифенацин, толтеродин, оксibuтинин, трoспий) жана бета-3-адреномиметик мирабегронду ургенттик жана аралаш ЗКА учурунда колдонулат.

Хирургиялык жол менен ЗКА коррекциялоо.

Инвазивдүүлүгү аз методдор. Аялдардын сырткы жынс органын ичи көп тушпөгөн, нейрогендик табарсык жок учурда ийне сайуу менен уретранын айланасында көлөм пайда кылуучу операцияларды жасаса болот. Ийне сайуу терапиясын өткөзүү үчүн аркандай субстраттар колдонулат: коллаген, гиалурон кислотасы, пацентердин гомогендешкен өздүк майын жана башкалар.

ЗКА дарылоодо слинг операциялары. ЗКА дарылоодо ар кандай илмек операцияларды колдонушат. 1995 – жылга чейин ЗКА негизги себебин сфинктердик жетишсиздик теориясы эсептелген, илмек катары ар кандай булчуңдар колдонулган. Азыркы күндө көптөгөн синтетикалык илмектер пайда болду, негизги максат чектелген инфравезикалдык обструкцияны жаратуу. Заманбап синтетикалык илмектердин пайда болушу менен бул тармак бир топ астыга жылды. Жыл сайын слинг операцияларынын жана жаны синтетикалык материалдын түрлөрү жаралууда.

Стресстик заараны кармай албоону коррекциялоо максатында колдонулган заманбап слинг операциялары.

1995 жылы швед окумуштуусу U. Ulmsten башта колдонулган методикалардан айырмаланган жаны слинг операциясын сунуштады. Биринчиден эски методдон слингтин жайгашкан оорду менен айырмаланып, уретранын жогорку бөлүгүнө эмес ортонку ченинне коюлат. Ушул ортолукка коюлган илмек начарлаган байламта аппараттынын ордуна, анын мидетин аткарып, курсак көңдөйүндөгү басым күчөгөн кезде уретра чоюлбаган илмеке кысылат жана анын көңдөйү жабылат. Уретранын астына каналды кысып калбай, эркин койулуусу шарт. Азыркы күндө дүйнөдө ар түрдүү 40 ашык синтетикалык слинг бар.

Операция жасоонун керектигин аныктоо.

Консервативдик дарылоо эффективдүүлүгүн көрсөтө албаган учурда операция жасалат.

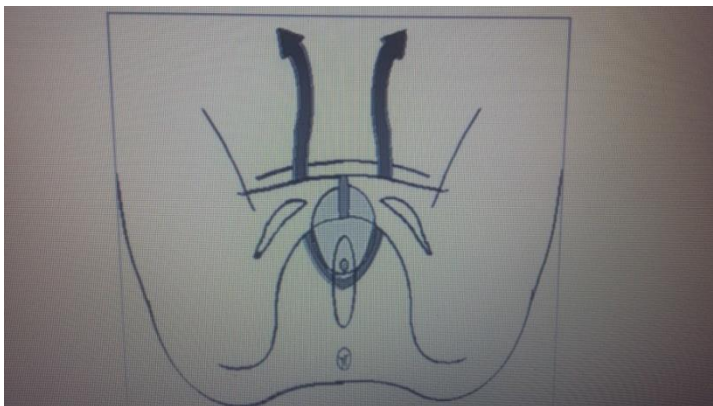
Азыркы учурда ЗКА дарылоодо минималдуу метод катары колдонулат. Ошондой эле оперативдик ыкма кайра рецидив болгон бейтаптарда да жасасалат. Жамбаш чаарасынын органдарынын пролапсы жана СЗКА чогу кездешкен пациенттерге бир убакта симульгандык операция жасоого болот.

Операциядан алдын табарсыктын гиперактивдүүлүгүнө текшерүү шарт, себеби мындай оорулууларда операциядан кийин оорусу күчөп кетет.

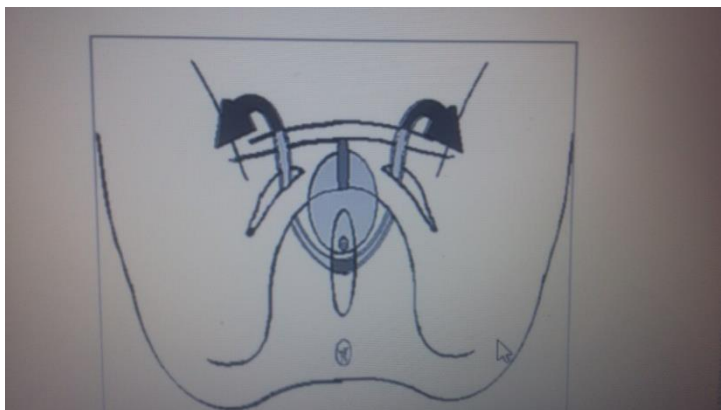
Чат сөөгүнүн артынан жана трансобтуратордук слингтер.

Азыркы учурда операциялардын көпчүлүгү эркин жайгашкан синтетикалык илмектерди колдонуу менен жасалат. Бул методдорду эки чон топко бөлсө болот: чат сөөгүнүн артынан жасалуучу жана

трансобтуратордук. 1- жана 2- сүрөттөрдө синтетикалык илмекти койу ыкмалары көрсөтүлгөн.



1-сүрөт - Tension Free Vaginal Tape (TVT) операциясы



2-сүрөт - Эркинсинтетикалык илмек трансобтуратордук жол менен өткөзүү

Жыйынтыктоо

ЗКА айыктырууда башкы нерсе булл ЗКА менен ургентик заара кармай албоону тура айырмалоо, себеби экөөнүн келип чыгуу себептери жана даарылоо жолдору башкача. Дары дармектерди оорулууга дайындап жатып анын каршы көргөзмөлөрүнө, даарыны колдонгон ядон кийин келип чыккан жагымсыз эффектисине көнүл буруу заарыл.

Слинг операцияларын ургентик ЗКА жасалса абалын начарлашына табарсык жактан гана эмес бөйрөк тараптан да патологиялардын пайда болушуна алып келиши мүмкүн.

ЗКА такталып, операцияга көргөзмөлөр бар экени аныкталып, слинг операциясын тандаган соң эч качан инфравезикалдык обструкцияны жаратпоо керек.

ЗКА оперативдик дарылоодо жакшы жыйынтыка жетүү үчүн уролог адистери даргы аныктоо этаптарынын ар бирине кылдаттык мамиле жасого милдеттүү.

Колдонулган маалыматтардын даректери

1. Гаджиева, З.К. Нарушения мочеиспускания / З.К. Гаджиева, Ю.Г. Аляева. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 34 с.
2. Кан, Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Кан. - М.: Медицина, 1986. – 57 с.
3. Касян, Г.Р. Недержание мочи у женщин, методические рекомендации №4 / Г.Р. Касян, М.Ю. Гвоздев, А.Г. Коноплянников и др. – М. – 2017. – 7 с.
4. Клинические рекомендации Российского общества урологов / Ю.Г. Аляева. - М., редакциясы. - 2015.
5. Урология. Клинические рекомендации. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 416 с.
6. Лоран, О.Б. Современные методы лечения недержания мочи и пролапса органов малого таза / О.Б. Лоран, А.В. Серегин, Л.А. Синякова и др. - М., 2006. - 44 с.
7. Пушкарь, Д.Ю. Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин / Д.Ю. Пушкарь: автореф. дис. ... д-ра. – 1996. – 10 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (клинический случай)

**А.Э. Алмерекоев, Ю.С. Махня, Г.С. Чернецова, И.В. Колесниченко,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Миллионы женщин во всем мире пользуются внутриматочной контрацепцией. Для этого в полость матки устанавливается внутриматочная спираль (ВМС). Как правило, установка ВМС не составляет трудностей, так процедура имплантации достаточно проста, стоимость метода низкая, возможно длительное использование в качестве надежного метода контрацепции. Около 10% женщин развитых стран и 16,5% развивающихся стран с целью предохранения от нежелательной беременности прибегают к применению ВМС. Однако при несоблюдении сроков и правил техники

введения ВМС возникают осложнения, одно из которых является ее миграция в соседние органы или в брюшную полость [1].

Миграция ВМС происходит в 1,3-1,6/1000 случаев. Причины выхода ВМС за пределы матки, это несоблюдение сроков и правил техники введения ВМС, в последующем возникают осложнения, одно из которых является перфорация матки, которая не диагностируется в течение длительного времени [2].

Клиническая картина инородных тел мочевого пузыря зависит от величины и формы инородного тела. Небольшие инородные тела мочевого пузыря могут выделяться самостоятельно во время акта мочеиспускания. Длинные, неправильной формы, а особенно остроконечные инородные тела (термометры, шпильки, карандаши и др.) проявляются резко выраженными дизурическими расстройствами. Попавшие в мочевой пузырь инородные тела с течением времени подвергаются инкрустации за счет отложения конкрементоподобных солей и песков [3].

Материал и методы исследования

Так, за период с 2013 по 2019 гг. было зафиксировано 18-случаев удаления инородных тел из мочевого пузыря у женщин. В число инородных предметов входили: внутриматочные спирали (ВМС) – у 9 больных, лигатурные камни после гинекологических операций – у 7 больных, пипетка – 1, булавка – 1. Средний возраст пациентов составил 20-30 лет.

В качестве примера приводим описание клинического случая пациентки О., 45 лет (ИБ №2203/88), обратившейся в РНЦУ НГ при МЗКР с жалобами на боли над лонем и в половых органах ноющего постоянного характера, чувство дискомфорта в промежности, периодичную терминальную гематурию, поллакиурию, рези при мочеиспускании.

Вышеуказанные жалобы беспокоили пациентку с 2018 года. В декабре 2018 г. она обследовалась в частной клинике г. Бишкек, где при ультразвуковом исследовании выявлена тень, подозрительная на камень мочевого пузыря, что послужило поводом для направления в РНЦУ. В клинике по повторным данным УЗИ диагноз подтвердился. Также при опросе пациентки было выявлено, что в 2000 г. после рождения второго ребенка в полость матки была установлена ВМС с целью контрацепции. Но в 2001 г. наступила беременность, которую пациентка вынуждена была прерывать по ее настоянию. Врач – гинеколог при вагинальном осмотре ВМС не обнаружил, утверждая, что, скорее всего спираль выпала, т.к. такие случаи в практике возможны. В последующем пациентка родила еще троих детей.

Гинекологический анамнез: беременностей - 8, аборт-3, родов-5.

Во время цистоскопии в полости мочевого пузыря было обнаружено два овальных камня размерами 0,5х0,8 и 1,0х1,0 см. Оказалось, что камни фиксированы на одном из концов ВМС, также находящимся в мочевом пузыре. При эндоскопическом подтягивании конкрементов, в просвет пузыря стало «рождаться» пластиковое инородное тело. Однако, полностью

выделить ВМС с конкрементами не представлялось возможным. Учитывая это момент, а также то, что инородное тело может находиться за пределами мочевого пузыря и интимно прилежать к брюшной полости, действия были прекращены вследствие опасности возникновения пузырно-влагалищного свища.

При проведении обзорной и экскреторной урографии в малом тазу определяется ВМС. На экскреторной урограмме на 15 минуте - функция почек удовлетворительная, нарушения пассажа мочи из верхних мочевыводящих путей не выявлено (рисунок 1).



Рисунок 1 - Экскреторная урография больной О. на 10 минуте до оперативного лечения

Брюшина отодвинута кверху. Обнажена передняя стенка мочевого пузыря, взята на 2 кетгутовые держалки, между ними вскрыта, эвакуирована светлая моча. При ревизии, в области дна мочевого пузыря в подслизистой оболочке определяются Т-образные кончики инородного тела - ВМС, покрытые с двух сторон конкрементами темно-коричневого цвета, размерами от 0,5х0,8 и 1,0х1,0 см (рисунок 2). Тело ВМС, прободая стенки матки располагается в мышечной и серозной оболочках мочевого пузыря. Нижний кончик ВМС подтянут, срезан вместе с одним конкрементом, затем надсечена слизистая оболочка мочевого пузыря и с техническими трудностями удалена ВМС за счет глубокого расположения спирали, наличия конкремента и воспалительного процесса в мочевом пузыре (рисунок 3). Затем слизистая оболочка мочевого пузыря ушита в области дефекта 2-рядным кисетным

Случай был разобран на клинической конференции. Выставлен клинический диагноз: Инородное тело (ВМС) мочевого пузыря. Вторичные камни мочевого пузыря. Вторичный цистит.

Пациентке проведено хирургическое лечение в плановом порядке в объеме удаления инородного тела мочевого пузыря (ВМС) и вторичных конкрементов под СМА.

Ход операции. После обработки операционного поля под СМА, в мочевой пузырь установлен уретральный катетер Фолея 2-ходовой №20, баллончик раздут на 7см3. Мочевой пузырь наполнен раствором фурациллина (300,0 мл). Произведен продольный разрез между лоном и пупком. Гемостаз. Апоневроз рассечен продольно. Мышцы раздвинуты в стороны.

швом викрила 3-0. Далее стенки мочевого пузыря в области разреза ушиты 2-рядным кетгутовым швом викрила 3-0. Контроль на герметичность ушивания. В Рейциево пространство установлен резиновый выпускник. Мышцы ушиты узловыми швами кетгута 3-0. Апоневроз ушит чередуя швы кетгута и капрона. На кожу наложены швы капроном. Асептическая повязка. Кровопотеря во время операции составила около 20мл.



Рисунок 2 - ВМС находится в подслизистом слое мочевого пузыря, конкременты – в полости мочевого пузыря



Рисунок 3 - Удаленная из мочевого пузыря ВМС с конкрементами

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление раны – рег I. Через трое суток выполнена контрольная цистогамма. Затекания контрастного вещества за пределы мочевого пузыря не обнаружено (рисунок 4).

Уретральный катетер удален на 3-и сутки после операции. На пятые сутки больная была выписана из РНЦУ под наблюдение уролога по месту жительства.



Рисунок 4 - Восходящая цистограмма больной О. после оперативного лечения

Выводы. Нарушение техники установки, а также несвоевременное удаление ВМС может наряду с перфорацией матки стать причиной ранения соседних органов малого таза и явиться причиной вторичных осложнений.

Мы считаем, что после установки ВМС, даже эпизодически возникающую гематурию, дизурические явления, дискомфорт в промежности, следует рассматривать как вариант возможного развития вторичных изменений в слизистой оболочке мочевого пузыря. В такой ситуации, необходимо выполнить диагностическое ультразвуковое исследование органов малого таза. В тех случаях, когда в полости матки ВМС не обнаружена, не следует пациентке сообщать, что «спираль выпала и утрачена». Для такого случая имеются прямые и доказательные показания для выполнения цистоскопии и урографии.

Литература

1. Лопаткин, Н.А. Инородные тела мочевого пузыря и мочеиспускательного канала / Н.А. Лопаткин. - В кн.: Урология. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР, 2009. – С. 701-703.
2. Лоран, О.Б. Акушерство и гинекология. Повреждения мочевой системы при эндоскопических операциях в гинекологии / О.Б. Лоран, Б.Н. Годунов, А.В. Зайцев. – М., 2000. - №1. - С. 19.
3. Урология. Инородные тела мочевого пузыря и мочеиспускательного канала / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов. – Бишкек: Изд-во ОсОО «Типография Фолиант плюс», 2009. - С. 265-269.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА РОЛИ КОАГУЛАЗА НЕГАТИВНЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

**Г.Р. Бестужева, Г.К. Садыбакасова, Т.Р. Машанло, А.А. Абдулбакиев,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Род стафилококков является безусловным лидером в структуре гнойно-септических заболеваний, внутрибольничных и внебольничных инфекций различной степени тяжести, многие из которых заканчиваются летальным исходом. Это связано не только с тем, что стафилококки обладают природной резистентностью к бета-лактамам антибиотикам и приобретением дополнительного пенициллинсвязывающего белка, но они демонстрируют большой генетический арсенал средств адаптации и развития устойчивости фактически ко всем применяемым в клинике антимикробным препаратам [2,3,7,9]. Кроме того, меняется токсология рода, где описывается новое видовое разнообразие. В пределах рода *Staphylococcus* выделена группа «коагулаза негативных стафилококков» (CONS- coagulase negative staphylococci), многие из которых являются нормальной микрофлорой кожи человека и слизистых оболочек: *St. epidermidis*, *St. haemolyticus*, *St. hominis*, *St. xylophilus*, *St. warneri* и другие. Возрастает интерес к CONS, так как увеличивается число инфекций, вызванных ими, особенно в отделениях реанимации, трансплантологии, ожоговых, хирургических, травматологических и других [3,8]. Установлено, что лабораторным маркером резистентности *St. aureus* к бета-лактамам является резистентность к цефокситину/оксациллину. Такие штаммы названы «метициллинорезистентные стафилококки» (Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* - MRSA). Именно эти стафилококки являются возбудителями госпитальных инфекций кожи, мягких тканей, пневмоний, послеоперационного менингита, инфекций в хирургических стационарах, после имплантатов, шунтов, катетеров и других вмешательств [2,3,4].

Возрастающая проблема устойчивости стафилококков к антимикробным препаратам представляет основную угрозу, подвергающую риску здоровье больных во всем мире и, естественно делает актуальной проблему их лечения [2,3,4,7,8,9]. В наших публикациях ранее было установлено, что частота CONS обнаружения в клиническом материале составляет почти 70% и роль отдельных видов далеко неоднозначна [1].

Целью нашего сообщения является наблюдение за динамикой коагулаза отрицательных стафилококков в структуре гнойно-воспалительных заболеваний и определение их метициллинрезистентности.

При проведении микробиологических исследований на базе бактериологической лаборатории ЦГСЭН г. Бишкек пользовались приказом №4 от 11.01.2010г. «Методические указания по бактериологическим методам лабораторных исследований клинического материала», приказом

№139 МЗ КР от 25.02.2016г. «Методические рекомендации по определению чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам» [5,6].

При определении метициллинрезистентности у стафилококков использовались диски с цефокситином 30 мкг и длительностью инкубации не менее 24 часов.

От 693 лиц в 2017-2018 годах исследовался клинический материал: отделяемое хирургических ран, инфекций кожи, гной, пунктат. Высеваемость была достаточно высокая и составляла от 71% до 94%. Из материала выделяли чистые культуры, идентифицировали их и определяли чувствительность стафилококков к цефакситину.

Основной причиной инфицирования хирургических ран и инфекций кожи в 242 случаях послужил стафилококк (65,3%), из них 141 культура идентифицирована как *St. aureus* (58%), 81 культура-*St. epidermidis* (34%); 10- *St. haemolyticus* (4%); 6- *St. warneri* (3%); 4- *St. saprophyticus* (2%). То есть, число CONS в раневом отделяемом составило 43% (рисунок 1).

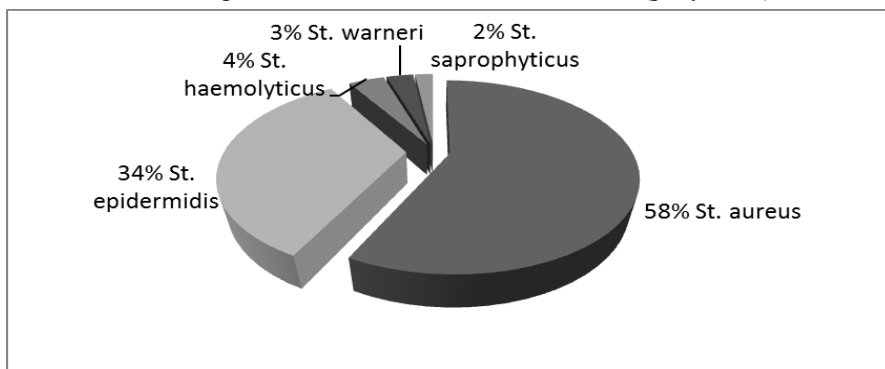


Рисунок 1 - Стафилококки выделенные из раневого отделяемого и кожи

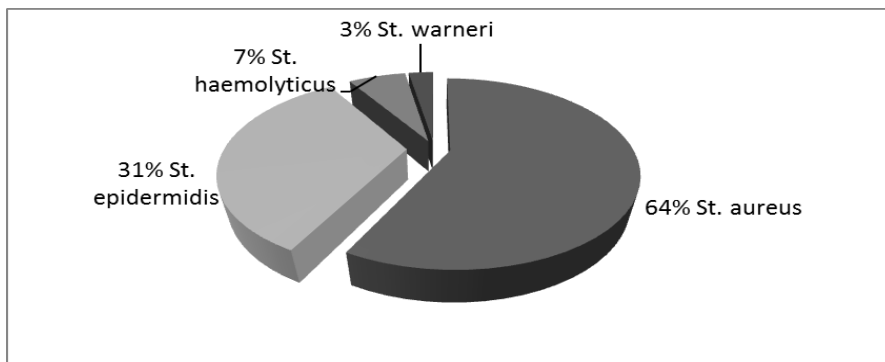


Рисунок 2 - Стафилококки выделенные из гноя и пунктата

При исследовании гноя и пунктата, поступивших от 181 больного, было выделено 127 различных видов культур, высеваемость составила 80,8%. Удельный вес стафилококков составил 88 культур (59%), из них подавляющая часть – 68 культур (64%) идентифицирована как *St. aureus*, 22 культуры (31%) - *St. epidermidis*, 2 культуры -*St. haemolyticus* (7%) и одна - *St. warneri* (3%). Изоляты коагулазанегативных штаммов стафилококков 41% (рисунок 2).

Штаммы *St. epidermidis* *St. warneri* представлены в исследуемом клиническом материале примерно одинаково, соответственно 34-31% и по 3%. *St. haemolyticus* в гное и пунктате определялся почти в два раза чаще, чем из раневого отделяемого, а *St. saprophyticus* встречался исключительно в раневом отделяемом. Тем не менее, значение CONS игнорировать нельзя, так как их сумма в структуре гнойно-воспалительных заболеваний существенна. Анализируя динамику высеваемости CONS за 2 года, можно отметить их волнообразное присутствие, но для установления длины такой волны необходим длительный мониторинг за CONS.

В 2018 году изоляты, включенные в исследование пометициллинрезистентности стафилококков, составили 322 культуры (таблица). Из них 19 культур из детской клинической больницы, 304 сAQUA-Lab, Евро Лаб, медцентра «Хуман», и поликлиник г. Бишкек.

Таблица - Изоляты метициллинрезистентных стафилококков

Виды стафилококков	Количество культур	%
<i>St. aureus</i>	66	20,4
<i>St. epidermidis</i>	193	60
<i>St. warneri</i>	55	17
<i>St. haemolyticus</i>	8	2,5
<i>St. saprophyticus</i>	1	0,3
Итого	323	

Из представленных данных видно, что лидерство в резистентности принадлежит штаммам *St. epidermidis* (60%, а общее число CONS метициллинрезистентных стафилококков составило почти 80%.

Безусловным лидером изолятов в клиническом материале был *St. aureus*, как в раневом отделяемом (58%), так и в гное, пунктате (43,3%). Иной результат отмечен в отношении метициллинрезистентных изолятов. Если среди *St. aureus* их число составило 20,4%, то сумма резистентных CONS изолятов 80%. Штаммы стафилококков, резистентные к оксациллину должны рассматриваться как резистентные ко всем бета-лактамам антибиотическим препаратам, кроме метициллинрезистентных золотистых стафилококков – цефемов.

Таким образом, в структуре гнойно-воспалительных заболеваний коагулазанегативные стафилококки занимают твёрдое 2 место, а по метициллинрезистентности они превосходят золотистый стафилококк в 3,6 раза, что безусловно важно учитывать при проведении антимикробной терапии.

Литература

1. Бестужева, Г.Р. Эволюционирующий пейзаж коагулазоотрицательных стафилококков клинического происхождения / Г.Р. Бестужева, М.А. Сабодаха, Г.К. Садыбакасова // Вестник КРСУ. - 2018. - Т. 18, №9. – С. 121-124.
2. Вериковский, В.А. Результаты исследования чувствительности кванкомицину метициллинорезистентных стафилококков в клинических отделениях крупного многопрофильного стационара и рекомендации по оптимизации антибактериальной терапии вызванной ими инфекции / В.А. Вериковский, О.Е. Минаков, О.И. Денисова и др. // Антибиот. и химиотер. - 2015. – Т. 60, № 11-12. – С. 35-38.
3. Гостев, В.В. Антибиотикорезистентность коагулазоотрицательных стафилококков, выделенных в стационарах Санкт-Петербурга и Москвы / В.В. Гостев, О.С. Калиногорская, А.Н. Круглов и др. // Антибиот. и химиотер. - 2015. – Т. 60, № 9-10. – С. 23-28.
4. Дехнич, А.В. Эпидемиология резистентности штаммов, выделенных от пациентов в ОРИТ Российских стандартов: результат многоцентрового исследования / А.В. Дехнич // КМАХ. - 2008. – Т. 10, № 4. – С. 333-344.
5. Карабах, В.И. Микробиологический мониторинг за возбудителями нозокомиальных инфекций / В.И. Карабах // Антибиот. и химиотер. - 2000. – Т. 45, № 3. – С. 20-23.
6. Методические указания по бактериологическим методам лабораторных исследований клинического материала. Приказ №4, от 11.01.2010. г. Бишкек. - 142 с.
7. Методические рекомендации по определению чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам. Приказ №139 МЗ КР, от 25.02.2016 г. Бишкек. - 175 с.
8. Сидоренко, С.В. и др. Результаты многоцентрового исследования чувствительности стафилококков к антибиотикам в Москве и Санкт-Петербурге / С.В. Сидоренко и др. // Антибиот. и химиотер. - 1998. – Т. 43, № 7. – С. 15-25.
9. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России: Российские национальные рекомендации / под. ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, С.Я. Яковлева. – М.: ООО «КомпанияБОРГЕС», 2012. - С. 2.
10. Munita, M. Evolving resistance among gram-positive pathogens / M. Munita, A.S. Bayer, C.A. Arias // Clinical infections diseases. - 2015. V. 61, N 2. – P. 48-57.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

М.С. Кадыров, М.А. Матеев, Б.Х. Бебезов, А.А. Субанов,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Проблема термических поражений остается одной из самых сложных в клинической медицине. Так, послеожоговые рубцовые деформации кожи и мягких тканей, требующие хирургического лечения встречаются у 25-38% пациентов после перенесенных ожогов и травм [2]. Выбор хирургического лечения, показания к использованию различных методов пластики в зависимости от характера и локализации очага поражения остаются до конца не решенными и дискуссионными [1,3,4,5].

Цель работы: оптимизация методов пластики при рубцовых контрактурах кожи и мягких тканей.

Материал и методы

В отделении пластической и реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти Национального Госпиталя Кыргызской Республики за период с января 2016 г. и по декабрь 2016 г. было обследовано и прооперировано 45 больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями кожи и тканей различной локализации, которым были выполнены операции по восстановлению целостности мягких тканей различными способами пластики. Мужчин было-23 (51,0%), женщин-22(49,0%). Возраст пациентов колебался от 3лет до 65лет (таблица).

Таблица - Распределение больных по возрасту и полу

Возраст Пол	До 10л.	11-20л	21-30л	31-40л	41-50л	51-60л	61л и старше	Итого
Муж	3	5	7	3	1	2	2	23 (51,0%)
Жен	4	13	3	1	1	0	0	22 (49,0%)
Всего	7 (15,5%)	18 (40%)	10 (22,3%)	4 (9,0%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	2 (4,4%)	45 (100%)

Как видно из таблицы, большинство пациентов - это дети и лица активного трудоспособного возраста от 3 лет до30лет (80%), причем 20 (44,4%) из них-женщины.

Пластика дефектов выполнена с использованием различных методов.

Пластика местными тканями или Z- пластика, выполнена у 34 пациентов. Этот метод является методом выбора при ожоговых контрактурах мягких тканей, не сопровождающихся поражением более

глубоких, анатомически значимых структур. Пластика местными тканями основана на использовании тканей и их перемещении с выделением двух и более треугольных лоскутов. Этот вид пластики применяли при устранении грубых послеожоговых стягивающих рубцов. Для удлинения тканей в определенном направлении осуществляли пластику встречными треугольными лоскутами.

Островковый васкуляризированный лоскут был применен у 3 пациентов. Показанием к пересадке островкового васкуляризированного лоскута являлось наличие обширных ожоговых рубцовых тканей с глубокими поражениями кожи и мягких тканей, при невозможности использования локальных тканей.

Для иллюстрации приводим клиническое наблюдение. Пациентка 24 лет. Диагноз: Послеожоговая стягивающая рубцовая деформация кожи и мягких тканей передней поверхности шеи и носогубного треугольника.

А



Б



Рисунок 1 – До и после операции

А



Б



Рисунок 2 - Послеоперационный вид (отдаленный результат)

Из анамнеза: В возрасте 4-х лет получила обширный ожог тела, в результате пожара дома. Неоднократно оперировалась, но результаты свободной пересадки кожи дали неудовлетворительный результат (рисунок 1., А и Б). Мы использовали комбинированную пластику. Выполнена сочетанная Z-пластика со свободной аутодермопластикой. На передней поверхности шеи выделены два встречных треугольных лоскута под углом 45С, которые взаимно перемещены между собой, таким образом, корригировано стягивающий рубец передней поверхности шеи до физиологического положения. Также использовали встречные треугольные лоскуты в области боковой поверхности шеи, носогубной складки и наружных углов рта. С целью, улучшения эстетического вида нижней губы и коррекции стягивание мягких тканей, нами был использован свободный кожный лоскут, который взят из заушной области. Донорский участок ушит первично (рисунок 2, А и Б). Послеоперационное течение без осложнений. Приживление лоскута полное.

Свободный лоскут применялся для устранения стягивающих рубцов нижний губы и улучшения функции рта, так как до операции имелось неполное смыкание между верхней и нижней губой.

Клинический пример. Послеожоговая рубцовая контрактура кожи и мягких тканей локтевого и лучезапястного сустава правый верхней конечности с нарушением функции конечности. Проведено реконструкция мягких тканей с использованием взаимно перемещением встречных треугольных лоскутов (рисунок 3,4).



Рисунок 3 - До операции



Рисунок 4 - Отдалённый результат

Результаты и обсуждение

В ближайшем послеоперационном периоде у 1 пациента (1,3%) отмечался некроз свободного перфорантного лоскута. Причина некроза заключалась в нарушении кровообращения в лоскуте в результате неправильно выполненного выделения лоскута. У остальных 98,7% пациентов послеоперационный период протекал без осложнений с полным приживлением пересаженных трансплантатов.

В отдаленном периоде (от 6 месяцев до 1 года) у 81,2% оперированных имел место хороший функциональный и эстетический результат. У 17,5% пациентов с удовлетворительным результатом потребовались дополнительные корригирующие операции, направленные на улучшение эстетического вида оперированной области. Причем у всех больных имело место практически полное восстановление функции.

Таким образом, тактика реконструкции послеожоговых стягивающих рубцовых контрактур зависит от локализации ожога, степени нарушения функции пораженной конечности. Правильный подбор вида реконструкции дает возможность получить у 98,6% пациентов хороший функциональный и эстетический результат.

Литература

1. Бояринцев, В.В. Инновационная концепция пропеллерных перфорантных лоскутов в реконструктивной хирургии кожи и мягких тканей / В.В. Бояринцев, М.А. Матеев, А.Я. Рахимов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2014. – № 2. – С. 9–12.
2. Минасов, Б.Ш. Функциональные и эстетические результаты замещения дефектов мягких тканей кровоснабжаемыми лоскутами / Б.Ш. Минасов, М.М. Валеев / Травматология и ортопедия России. – 2006. - № 1. - С. 30.
3. Устранение рубцовых деформаций лица с применением пластики местными тканями на основе анатомических представлений о кровоснабжении и лимфооттоке / Р.Т. Адамян, Н.О. Миланов, Э.Н. Юршевич и др. / Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2008. - № 2. - С. 39-45.
4. Shape-Modified Radial Artery Perforator Flap Method: Analysis of 112 Cases / M. Mateev, et al. // Plastic and Reconstructive Surgery. – 2009. - Vol. 123, N. 5. - P. 1533-1544.
5. Shape-Modified Method Using the Radial Forearm Perforator Flap for Reconstruction of Soft-Tissue Defects of the Scalp / M.A. Mateev, K.A. Beermanov, T.V. Novikova et al. // J. Reconstr. Microsurgery. - 2005. - Vol. 21, N. 1. - P. 21-24.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ

А.М. Мадаминов, З.С. Мамбеткалиева, П.Р. Райымбекова, Б.У. Уланова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Удельный вес больных имеющих два-три заболевания прямой кишки по данным многих авторов составляет 20-30% и при этом отмечается тенденция к их росту [1,2,4,6].

Вопросы хирургического лечения сочетанных заболеваний прямой кишки, их ближайших и отдаленных результатов, возможных осложнений и рецидива болезни актуальны и в настоящее время, что требует особого подхода к выбору хирургического лечения сочетанных патологий прямой кишки [3,4,7].

При хирургическом лечении сочетанных заболеваний прямой кишки встает вопрос: разделить хирургическое вмешательство на два этапа или произвести одновременную хирургическую коррекцию имеющейся сочетанной патологии [5,8].

В последние годы наметился рост интереса хирургов к сочетанным операциям, которые избавляют больного от повторного оперативного вмешательства, приносит экономический, а так же психологический эффект [4,8].

Следует заметить, что одни авторы [5,6,8] указывают на необходимость расширения показаний к таким операциям, отмечая их положительные стороны, то другие авторы [2,3] подходят к таким операциям очень осторожно, обосновывая свои взгляды высоким процентом осложнений, и они указывают, что такие операции должны выполняться хирургами высокой квалификации по строгим показаниям.

Отсутствие четко сформулированных показаний и противопоказаний к симультанным операциям при некоторых сочетанных заболеваниях прямой кишки, в частности при сочетании хронического геморроя с анальной трещиной явилось основанием для выполнения данной работы.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной.

Материал и методы исследования

В отделении проктологии Национального Госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики за последние 7 лет на лечении находились 8728 больных с различными заболеваниями прямой кишки. Среди 8728 больных с сочетанной патологией прямой кишки были 1026 (11,7%) пациентов, из 1026 больных у 615 (59,9%) пациентов наблюдались сочетание геморроя с анальной трещиной, у 204 (19,9%)- геморрой в сочетании с хроническим парапроктитом, у 110 (10,7%)- геморрой в сочетании с острым парапроктитом, у 97 (9,5%)- анальная трещина с хроническим парапроктитом.

В данной работе нами изучены результаты обследования и хирургического лечения 615 (59,9%) больных с хроническим геморроем в сочетании с анальной трещиной, разделенных на две клинические группы.

В первую группу включены 307 (49,9%) больных, которым произведена симультанная операция - геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации ГНЦ колопроктологии МЗ РФ с иссечением анальной трещины после насильственного растяжения анального сфинктера ректальным зеркалом. Рана, остающейся после иссечения анальной трещины, ушивалась в поперечной направлении.

Во вторую группу включены 308 (50,1%) пациентов, которым произведена операция геморроидэктомия по Миллигану-Моргану во второй модификации ГНЦ Колопроктологии МЗРФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю. Рана, после иссечения анальной трещины, оставалась открытой. Кроме того этим больным производилась задняя или боковая дозированная сфинктеротомия.

Сравнительная оценка результатов проведенного лечения выполнялось между этими двумя группами. Больные обеих групп по полу, возрасту и основным клиническим проявлениям заболевания были идентичными.

Из 615 больных с хроническим геморроем в сочетании с анальной трещиной большинство составили женщины – 385 (62,2%), а мужчин было 230 (37,4%).

Возраст пациентов колебался от 19 до 68 лет. Средний возраст составлял $43 \pm 1,2$ лет.

Анамнез заболевания составлял от 6-ти месяцев до 10 и более лет. Все пациенты при поступлении в стационар жаловались на выпадение геморроидальных узлов, появление крови и боли во время дефекации.

Оценка структурных изменений и функционального состояния запирающего аппарата проводилось на основании объективных клинических данных, аноскопии, ректальной термометрии, сфинктерометрии, эндоректальной ультрасонографии и результатов амбулаторного наблюдения оперированных пациентов.

Отдаленные сроки лечения изучены в сроки от 6-ти месяцев до 24-х месяцев, при этом контрольные осмотры с функциональным исследованием запирающего аппарата проводилось в сроки 4 и 8 недель после заживления послеоперационных ран.

Все 615 больных наряду с выраженными внутренними геморроидальными узлами, выпадающими кнаружи при дефекации, имели хроническую анальную трещину. При этом у 538 (87,3%) больных, анальная трещина располагалась на 6-ти часах при положении больного на спине, то есть имела заднюю анальную трещину, у 67 (10,9%) пациентов анальная трещина располагалась на 12-ти часах, то есть была передняя анальная трещина. Сочетание двух трещин, располагавшихся на передней и задней стенках анального канала отмечено в 10 (1,8%) наблюдениях.

Результаты лечения и их обсуждения

Нами были изучены непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной.

При этом было отмечено, что у больных перенесших геморроидэктомию по Миллигану-Моргану во второй модификации ГНИ колопроктологии МЗРФ с иссечением анальной трещины по Габриэлю с оставлением раны открытой с осуществлением боковой или задней дозированной сфинктеротомии в ближайшем послеоперационном периоде было больше осложнений по сравнению с предложенной и примененной нами усовершенствованной методики геморроидэктомии с иссечением анальной трещины по Габриэлю с ушиванием раны в поперечном направлении после насильственного растяжения анального сфинктера ректальным зеркалом.

В основной группе наблюдения был менее выражен болевой синдром, особенно во время дефекации. Если во второй группе острый болевой синдром наблюдался у 211 (68,4%) больных, то у пациентов основной группы этот синдром наблюдался у 114 (37,1%). Это объясняется меньшей выраженностью, местного воспалительного процесса в ранах анального канала в послеоперационном периоде. Этот факт подтверждается данными термометрии анального канала на 3,5 и 7-ые сутки после операции, которая проведена у 162 (52,8%) пациентов основной группы и у 163 (52,9%) больных контрольной группы. Нами было выявлено, что средние показатели термометрии в анальном канале на 3,5 и 7-ые сутки после операции в первой группе составили $32,7 \pm 0,1^\circ$; $37,3 \pm 0,2^\circ$; $37,1 \pm 0,1^\circ$, а во второй контрольной группе эти показатели были несколько выше: $37,2 \pm 0,2^\circ$; $37,7 \pm 0,3^\circ$; $37,4 \pm 0,1^\circ$.

Выделение крови после первой перевязки, в небольшом количестве, наблюдались у 109 (35,4%) больных второй группы и у 17 (5,5%) пациентов первой группы. Причина этой разницы, по-видимому, в отсутствии открытой раны в анальном канале у больных основной группы.

В ближайшем послеоперационном периоде, на 3-4-ые сутки после операции, затруднение при дефекации отмечали 117 (37,9%) больных второй группы, а в первой группе такое явление наблюдалось у 35 (11,4%) пациентов. В послеоперационном периоде у 23 (7,4%) больных второй группы и у 5 (1,6%) пациентов первой группы наблюдалась рефлекторная задержка мочеиспускания.

Пребывание больных на стационарном лечении существенно отличались друг от друга в второй и в первой группах.

Так больные первой группы в стационаре, в среднем находились $7,3 \pm 1,2$ койко-дня, а пациенты контрольной группы $9,5 \pm 1,09$ койко-дня.

Сокращение пребывания больных на стационарном лечении на два и более койко-дня, без какого-либо ущерба для здоровья оперированных больных дает ощутимый экономический эффект.

Изучены также отдаленные результаты лечения. Отдаленные результаты лечения прослежены у 214 (69,7%) больных первой группы и у 217 (70,2%) пациентов второй группы.

Изучения отдаленных результатов лечения также показало преимущество предложенной нами методики хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной.

Так, боли при дефекации отмечали 25 (8,1%) пациентов второй группы, а среди больных первой группы такое явление наблюдалось у 7-ых (2,3%).

Это связано с наличием менее грубых рубцов в аноректальной области из-за экономного иссечения слизистой оболочки анального канала и кожи перианальной области вместе с геморроидальными узлами и анальной трещиной с ушиванием всех ран наглухо.

Эти же факторы служат причинами развития или отсутствия стриктуры анального канала. Так среди больных второй группы стриктура анального канала наблюдалась у 11 (3,6%), а в первой группе у 3 (0,98%) пациентов. На незначительные кровотечения после дефекации жаловались 21 (6,8%) больных второй группы и 4 (1,3%) пациентов первой группы.

Таким образом, вышеизложенное указывает на преимущество предложенной нами усовершенствованной методики хирургического лечения хронического геморроя в сочетании с анальной трещиной.

Литература

1. Аминев, А.М. Руководство по проктологии / А.М. Аминев – Куйбышев, 1971. – Т. 2. – 532 с.
2. Акопян, Э.Б. Улучшение результатов лечения больных геморроем, анальными трещинами, острым и хроническим парапроктитом / Э.Б. Акопян, А.Б. Саакян, Г.М. Геворкян // Проблемы колопроктологии. - М., 1998. - Вып. 16. - С. 13-15.
3. Генри, М. Колопроктология и тазовое дно / М. Генри, М. Свош. – М., Медицина, 1988 – С. 98-117.
4. Кулжабаев, Т. Сочетание геморроя и анальной трещины. Диагностика и лечение / Т. Кулжабаев // Актуальные проблемы колопроктологии. - Волгоград, 1997. - С. 74-77.
5. Маховский, В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии / В.З. Маховский, Б.Т. Аванесов, Л.А. Мадагов // Хирургия. - 2002. - №7. - С. 41-46.
6. Ривкин, В.Л. Геморрой и другие заболевания заднепроходного канала / В.Л. Ривкин, Л.Л. Капуллер, Ю.В. Дульцев. - М.: Медицина, 1994. - С. 98-117.
7. Ривкин, В.Л. Руководство по колопроктологии / В.Л. Ривкин, А.С. Бронштейн, С.Н. Файн. - М.: Медпрактика, 2001. – 300 с.
8. Седлецкий, Ю.И. Отдаленные результаты сочетанных операций и их экономическая эффективность / Ю.И. Седлецкий, Ш.Х. Ганцев, Э.Н. Признаков // Вестник хирургии. – 1991. - №4. - С. 135-137.

ПОСТВЕТРЯНОЧНАЯ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА У ДЕТЕЙ

**К.М. Мыкыев¹, А.С. Султаналиева², У.Д. Орозов², Т.Н. Нурмухамедов¹,
¹Кыргызско-Российский Славянский университет, ²Кыргызская
Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызстан**

Особое место в гнойной хирургической инфекции у детей занимают заболевания мягких тканей с некротическими процессами. Вторичные осложнения со стороны мягких тканей как пиодермия, отит, рожа, флегмона подкожной клетчатки, некротизирующий фасциит, сепсис и т. д. связаны с присоединением бактериальной инфекции [6]. Некротическая эпифасциальная флегмона является одним из тяжелых и своеобразных заболеваний, встречается у 0,01-0,2% детей с ветряной оспой. Это заболевание сопровождается наличием некротических процессов в коже и подкожной клетчатке, определенной этапностью в развитии различных периодов течения, а также характеризуется определенными формами, длительностью течения, значительной летальностью [4]. Чаще всего некротическая флегмона при ветряной оспе встречается у детей до 4-5 лет [9,13]. По данным [3,11], указанный возраст - период становления иммунитета у детей, который усугубляет течение некротической флегмоны [1,7].

Отмечали возникновение осложнений при ветряной оспе у больных детей на повышенном аллергическом фоне [7,10].

Летальность при некротической эпифасциальной флегмоне, в том числе и как осложнения ветряной оспы, по данным разных авторов, достигает 12-20% и более [2,5,8,9,13].

Таким образом, одним из реальных путей улучшения исходов некротической флегмоны при ветряной оспе является разработка комплексного метода лечения, основанного на углубленном изучении патогенеза заболевания, что является актуальной при решении данной проблемы.

Цель исследования: изучить частоту постветряночной некротической флегмоны у детей и оптимизировать алгоритм лечения.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы данные истории болезни 37 детей с постветряночной некротической флегмоной пролеченных в отделении гнойных инфекций ГДКБ СМП г. Бишкек за 2010-2018 гг. Больным кроме объективного осмотра проводились общеклинические анализы, микробиологические исследования отделяемого из раны, исследования иммунного статуса ребенка.

Результаты исследования и их обсуждение

В гендерном аспекте отмечено преобладание девочек – 21 (56,7%), мальчиков было 16 (43,3%). В возрастном аспекте больных до 5 лет было –

30 (77,5%), 6–15 лет 7 (22,5%) случаев. Постветряночные гнойные осложнения встречаются у детей разного возраста, в нашем наблюдении преобладали дети дошкольного и школьного возраста встречались в 67,2% и 32,8% соответственно. В хирургический стационар больные поступали в сроки: на 3–4 дни от начала периода высыпания 14 (45,2%), на 5–7 дни – 15 (40,5%) и в сроки более 8 дней – 8 (25,8%). Из инфекционного стационара поступили 28 (75,6%), из дома – 9 (24,4%) больных. По локализации воспалительного процесса: на ограниченной области тела отмечена у 19 (61,4%) детей, а у 18 (38,6%) больных флегмона распространялась на двух и более анатомических областях тела.

Локальные клинические проявления флегмоны характеризовались картиной выраженного отека и гиперемии кожи вокруг пузырьковых высыпаний, сопровождались болевым синдромом, повышением температуры тела у всех больных. При множественных локализациях отмечались эпидермальные пузырьки с мутноватой серозной или гнойной жидкостью. По характеру распространения местного процесса флегмона напоминает некротическую флегмону новорожденных, эпифасциальную флегмону. В анамнезе у 21 (56,7%) больных удалось выявить аллергическую предрасположенность: экссудативный диатез, аллергический дерматит, пищевую аллергию.

При локальных постветряночных флегмонах у 18 больных производили вскрытие флегмоны и насадки, дальнейшее лечение продолжалось в отделениях инфекционной больницы. У 19 больных с множественными и распространенными поражениями местного процесса, из-за тенденции к прогрессированию картины флегмоны, симптомов гнойно-септической интоксикации, состояние расценивали как тяжелое с последующим переводом в хирургический стационар. Комплекс лечения включал в/в инфузионную терапию, антибиотикотерапию, десенсибилизирующее лечение. Из жаропонижающих препаратов предпочтительнее использовать парацетамол, т. к. он практически не обладает противовоспалительным действием. Применение ибупрофена и других НПВС повышает риск развития инвазивных форм стрептококковой инфекции (флегмона подкожной клетчатки, некротизирующий миозит или фасциит, сепсис).

Из-за особенности эпифасциальной флегмоны и прогрессирующего течения у одного больного с обширной локализацией на передней брюшной стенке образовался дефект кожного покрова, что в последующем потребовало осуществить пересадку кожи. В результате детального анализа этого случая выявлено, что причиной образования дефекта кожи послужил недостаточный уровень знания хирургами особенности течения эпифасциальной флегмоны и недооценка состояния больного при первичном осмотре, а именно - недостаточный разрез и насадки на участке воспаления, вокруг воспалительного процесса и отсутствие почасового наблюдения за такими больными. В 6-х случаях из-за развития некроза мягких тканей проводили этапную некрэктомию.

Выводы:

1). В последние годы наблюдается тенденция роста осложненных форм ветрянки с развитием постветряночной флегмоны, характеризующейся эпифасциальным течением некротического процесса.

2). Наряду с вскрытием флегмоны и нанесением множественных насечек (как при некротической флегмоне новорожденного), применяем антибактериальную и десенсибилизирующую терапию, и в комплексе лечения таких больных необходимо проводить почасовое динамическое наблюдение за течением местного процесса.

Литература

1. Алиев, М.М. Неспецифические факторы защиты и иммунная реактивность при рецидивирующей хирургической инфекции у детей /М.М. Алиев, О.С. Садирханов, М.Д. Уразметова и др. // Детская хирургия. – 2001 . – №4. – С. 29-31.
2. Атанов, Ю.П. Лечение обширной прогрессирующей флегмоны / Ю.П. Атанов, И.А. Бутивщенко, С.В. Горюнов и др. // Хирургия. – 1998. – №2. – С. 35-38.
3. Ботвиньева, В.В. Развитие иммунной системы здорового ребенка / В.В. Ботвиньева // Детский доктор. – 1999. – №3. –С. 26-30.
4. Бычков, В.А. Гнойные осложнения ветряной оспы у детей / В.А. Бычков, Г.М. Воронюк, Е.П. Тимофеев и др. // Хирургия. – 1995. – №4. – С. 56-57.
5. Горюнов, С.В. Хирургическая тактика при обширной флегмоне мягких тканей конечностей / С.В. Горюнов, Ю.П. Атанов, И.А. Бутивщенко и др. // Сб. статей. – М., – 1999. – С. 149-151.
6. Кудин, А.П. Инфекционные экзантемы у детей: учебно-методич. пособие / А.П. Кудин. – Минск: БГМУ. – 2011. – 17 с.
7. Кузьмин, А.И. Некротическая эпифасциальная флегмона / А.И. Кузьмин, М.А. Барская, В.А. Завьялкин и др. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 12-7. – С. 1242-1243.
8. Савенкова, М.С. Распространенная гангренозная пиодермия на фоне хламидийно-микоплазменной инфекции (комплексная диагностика и лечение) / М.С. Савенкова, В.А. Бычков, Г.М. Воронюк и др. // Детская хирургия. –2001. – №2. – С. 54-56.
9. Слепцов, В.П. Лечение некротической флегмоны подкожной клетчатки у детей на фоне ветряной оспы / В.П. Слепцов, Э.Ф. Морозов, Ю.Э. Шимкус // Вопросы охраны материнства и детства. – 1989 . – Т. 34, №3. – С. 69-71.
10. Токарев, Г.В. Хирургические осложнения ветряной оспы у детей /Г.В. Токарев, Е.А. Бровкина // Казанский медицинский журнал. – 1990. – Т. 71, №4. – С. 303.

11. Хахалин, Л.Н. Клиническая диагностика иммунологической недостаточности у детей: методические рекомендации / Л.Н. Хахалин, Л.А. Гомес, С.Я. Порховатый и др. – М., – 1986. – 40 с.
12. Raḡṡan, V.Y. Necrotizing fasciitis in children: diagnostic and therapeutic aspects /V.Y. Raḡṡan, A. Bilal, Y. Aydın, et.al. // Journal Pediatric Surgery. – 2007. – Vol. 42-11. – P. 1892-1897.
13. Moss, R. L. Necrotizing fasciitis in children: Prompt recognition and aggressive therapy improve survival / R.L. Moss, C.A. Musemeche, A.M. Kosloske // J. Pediatric Surgery. –1996. –Vol. 31-8. – P. 1142–1146.

ОЦЕНКА УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ж.М. Мырзабеков, Г.С. Чернецова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. Симптомы гиперактивного мочевого пузыря (ГМП) встречаются у многих пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), и служат частой причиной ухудшения качества жизни больных данной категории. Например, по данным S.A. Kaplan, D.L. Bowers , у 66% пациентов с ДГПЖ отмечалась гиперактивность детрузора [3,4]. Эти данные согласуются с исследованием Р.Н. Abrams и А. Wein, в котором гиперактивность детрузора наблюдалась у 40-60% больных ДГПЖ [1]. Поэтому проведение полноценного обследования больных ДГПЖ для выявления причин нарушений функций нижних мочевых путей является важным фактором, влияющим на выбор правильной тактики лечения и прогноз его результатов. В этой связи большое значение имеет комплексное уродинамическое исследование как инструмент объективизации дизурических симптомов, позволяющее определить тип расстройства мочеиспускания [1,2].

Цель исследования. Изучения функционального состояния нижних мочевых путей у больных ДГПЖ путем проведения уродинамического исследования.

Материал и методы

Исследование основано на результатах обследования 39 больных ДГПЖ с преобладанием ирритативных симптомов. Средний возраст пациентов составлял 65 лет (52 – 78 лет). Данные пациенты находились на стационарном лечении в период с 2018 по 2019гг. в отделениях РНЦУ при НГМЗКР. Для диагностики включал в себя следующие виды исследований: изучение жалоб и сбор анамнеза, физикальное обследование, ведение дневника мочеиспусканий, оценка симптомов с помощью международного вопросника симптомов нарушения мочеиспускания при заболеваниях простаты (шкала IPSS/QOL), заполнение анкеты Кинга, проведение

ультразвукового исследования (УЗИ) почек, мочевого пузыря и предстательной железы с определением объема остаточной мочи, лабораторные исследования (общеклинические анализы крови и мочи, посев мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на простатический специфический антиген (ПСА)) и выполнение комбинированного уродинамического исследования (урофлоуметрия и цистометрия). Для проведения цистометрии сразу после акта мочеиспускания и обработки наружных половых органов раствором антисептика в мочевой пузырь по уретре установлен уретральный катетер Нелатона № 8 и измерялось количество остаточной мочи. После опорожнения мочевого пузыря и подсоединения датчиков внутрипузырного и внутрибрюшного давлений мочевой пузырь наполнялся жидкостью со скоростью 50 мл/мин. Во время исследования фиксировалось первое ощущение позыва, средний и выраженный позывы к мочеиспусканию, определялась максимальная емкость мочевого пузыря. Особое внимание обращалось на наличие непроизвольных сокращений детрузора.

Результаты и обсуждение

Жалобы пациентов носили разнообразный характер. На наличие нескольких ирритативных симптомов жалобы предъявляли 20 (51,3%) больных, только на ночную паллажурию - 9 (23,%) больных, ургентное недержание мочи - 5 (12,8%) больных, императивный характер позыва на мочеиспускание – 3 (7,6%) больных и учащенное мочеиспускание в дневное время суток - 2 (5,88%) больных. Наличие ирритативной симптоматики у всех 39 пациентов было подтверждено результатами опросника IPSS (как и данными дневника мочеиспускания). При этом средняя сумма баллов по шкале IPSS составила 14 баллов (7-24 балла), а средний индекс оценки качества жизни составила 4 балла (2-6 баллов). Результаты комбинированного уродинамического обследования всей группы пациентов представлены в таблице.

Таблица - Результаты уродинамического обследования

Показатель	Средний показатель	Размах показателя
Максимальная скорость потока мочи (Q _{max}), мл/с	11	9- 15
Средняя скорость потока мочи (Q _{ave}), мл/с	7	5-9
Объем остаточной мочи, мл	31	13-75
Максимальная емкость мочевого пузыря, мл	147	82-412
Максимальное детрузорное давление при Q _{max} , см вод. ст.	43,5	19-141

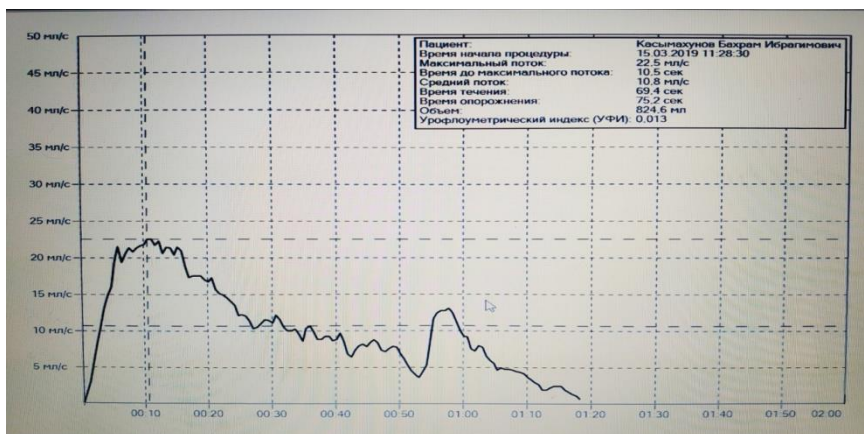


Рисунок – Уродинамическое обследование

На рисунке указаны урофлоуметрические данные пациента К-ва Б.И. 1952 г.р. с диагнозом: Гиперплазия предстательной железы. Вторичный цистит. Из анамнеза пациент страдает с дизурическими явлениями в течение 5-месяцев. Самостоятельно ничего принимал омник, фурамаг с временным эффектом. Обращался в РНЦУ с жалобами на затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Урофлоуметрические данные: максимальный поток: 22,5 мл/с, время до максимального потока: 10,5 сек, средний поток: 10,8 мл/с, время течения 69,4 сек, время опорожнения: 75,2 сек, объем: 824,6 мл, урофлоуметрический индекс (УФИ) 0,013.

Данные уродинамического исследования показали, что у 22 (64,7%) больных имело место нарушение функции детрузора. Из них у 18 (52,9%) больных наблюдалась гиперактивность детрузора и у 4 (11,7 %) пациентов – нарушенная сократимость детрузора. Среди больных с гиперактивностью детрузора у 10 (55,5%) пациентов зарегистрирована терминальная гиперактивность детрузора, а у 8 (45,5%) пациентов – фазовая. Во время цистометрии у пациентов с гиперактивностью детрузора отмечались неkoordinированные колебания детрузорного давления более чем на 15 см вод. ст. (от 19 до 141 см вод. ст.). Во время внезапного интенсивного подъема детрузорного давления пациенты отмечали усиление позыва на мочеиспускание вплоть до нестерпимого. При этом максимальная емкость мочевого пузыря у данной группы больных варьировала от 82 до 412 мл а средний показатель 147 мл. Минимальная емкость мочевого пузыря, при которой отмечались первые неkoordinированные колебания детрузорного давления, в среднем была равна 60 мл. В группе больных с ГМП средний показатель максимального детрузорного давления превышала нормальный

уровень этого показателя и составляла 59,2 см вод. ст. Особую группу среди пациентов с ГМП составляли больные с ургентным недержанием мочи. Таковых было 4 человека (11,8% всех больных). У этих пациентов были диагностированы наиболее выраженные нарушения функции детрузора. Так, максимальная цистометрическая емкость мочевого пузыря у данной группы пациентов была снижена и равнялась в среднем 136 мл. В этой группе пациентов средний показатель максимального детрузорного давления составляла 68,5 см вод. ст. при максимальной скорости потока мочи ($Q_{\max}$) – от 9 до 15 мл/с. Таким образом, нами было выявлено, что у пациентов с ирритативной симптоматикой при проведении комбинированного уродинамического исследования в большинстве наблюдений диагностируются признаки гиперактивности детрузора. Следовательно, установление причины нарушений функции нижних мочевых путей позволит проводить патогенетически обоснованную терапию, направленную на восстановление свойств детрузора.

Закключение. Для установления причины нарушений мочеиспускания больным с выраженной ирритативной симптоматикой при ДГПЖ рекомендовано проведение уродинамического обследования, включающего в себя урофлоуметрию, цистометрию. Уродинамическое исследование является не только важным дополнением, а неотъемлемой частью алгоритма обследования пациентов с различными заболеваниями, проявлениями которых являются так называемые симптомы нарушения нижних мочевых путей, т.к. это позволяет дифференцировать нарушения фазы наполнения и опорожнения мочевого пузыря и определить правильную тактику лечения обследованных пациентов. При таком подходе можно установить особенности нарушения функции нижних мочевых путей и выявить причину дизурии, в том числе и недержания мочи, что имеет исключительно важное значение для прогноза болезни. Точная диагностика особенностей и причин нарушения функции нижних мочевых путей с последующим проведением патогенетической терапии будет способствовать существенному улучшению результатов лечения больных данной категории.

Литература

1. Гаджиева, З.К., Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания / З.К. Гаджиева: автореф. дисс...док. мед. наук. - М., 2009.
2. Козырев, С.В. Диагностика и лечение гиперактивного мочевого пузыря у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы / С.В. Козырев: дисс. ...канд. мед. наук. - М., 2008.
3. Kaplan, S.A. Differential diagnosis of prostatism: A 12-year retrospective analysis of symptoms, urodynamics and satisfaction with therapy / S.A. Kaplan, D.L. Bowers, A.E. Te // J. Urol. – 1996. - Vol. 155, № 4. – P. 1305-1308.
4. Abrams, P.H. Overactive: bladder and its treatment / P.H. Abrams, A. Wein // Urology. - 2000. - Vol. 55, Suppl. 5A. – P. 314-317.

ВРЕМЕННЫЕ И СТОЙКИЕ БЕСКАНЮЛЬНЫЕ ТРАХЕОСТОМИИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ

**М.А. Нуралиев, М.А. Мадаминова, К.З. Асанова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Значительные успехи реконструктивной хирургии гортани и трахеи, лечения обширных воспалительных процессов на шее и в гортани, а также тяжелых стенозирующих ларинготрахеобронхитов, интенсивной и реанимационной терапии при расстройствах дыхания различного генеза, достигнутые за последние три десятилетия, не избавили хирургов в силу необходимости прибегать к помощи трахеостомии [1,4,10,13,14]. По-прежнему, с помощью этого хирургического вмешательства решаются разнообразные проблемы лечения, жизнеобеспечения и облегчения состояния больных [2,3,5,6]. Трахеостомию, как правило выполняют по классической методике и затем поддерживают зияние сформированной стомы трахеостомической трубкой. К сожалению, принятая техника выполнения операции и присутствие трахеостомической трубки в респираторном тракте небезразличны для больного и не лишены недостатков. После операции и из-за наличия инородного тела в трахее развиваются осложнения, достаточно широко описанные в специальной литературе, значительно отягощающие лечение больных, а также их субъективный статус [7,11,12]. Неудивительно, что это обстоятельство стимулировало отдельные попытки сформировать трахестому таким образом, чтобы ее зияние было самостоятельным [8,9].

Несмотря на то, что это стремление не получило должной популярности, наша клиника стала уделять серьезное внимание этой хирургической проблеме. В результате были отработаны техника формирования и ее использование временной и стойкой бесканюльной трахеостомии при неотложных состояниях. В итоге был накоплен достаточный опыт, который подтвердил целесообразность использования временной и стойкой бесканюльной трахеостомы. Мы стали широко и повсеместно использовать данную методику выполнения временной и стойкой бесканюльной трахеостомы в реанимационных отделениях городских больниц, Национальном госпитале, родильных домах, в инфекционной больнице. Временная бесканюльная трахеостома формировалась нами в случаях, когда самостоятельное дыхание у больного можно восстановить в течение 10 первых дней после хирургического вмешательства. Стойкая бесканюльная трахестома формировалась, когда больные нуждались в дыхании через трахестому в течение длительного периода времени. Временная бесканюльная трахеостомия наиболее часто производилась когда наблюдалась острая дыхательная недостаточность, которая могла быть устранена в течение короткого промежутка времени. Мы формировали временную бесканюльную трахестому при флегмонах шеи,

ранениях органов шеи, отеках гортани, стенозирующих ларинготрахеобронхитах, папилломатозах гортани и трахеи, то есть при всех тех состояниях, при которых регистрировалась обструкция просвета дыхательного на уровне гортани и верхних отделов трахеобронхиального дерева. Реже, при ботулизме и острых отравлениях, при которых расстройства дыхания центрального генеза служили основанием для выполнения такой же операции. У этих больных дыхательные пути в момент выполнения трахеостомии были свободны от патологического содержимого. И, наконец, у части больных мы вынуждены были сформировать временную бесканюльную трахеостому в связи с необходимостью проведения операции под интубационным наркозом. Разумеется в этих случаях такое хирургическое вмешательство производилось из-за того, что интубация через естественный путь была невозможна или противопоказана. У больных с относительно непродолжительной декомпенсацией дыхания центрального генеза временная бесканюльная трахеостома использовалась для ИВЛ. Временная бесканюльная трахеостомия позволяла у этих больных уменьшить выраженность воспалительных изменений и, благодаря этому, добиться восстановления дыхания естественным путем, следовательно, их деканюлировать. У отдельных больных возникала необходимость в освобождении дыхательных путей от патологического содержимого. И в этих случаях разбираемое хирургическое вмешательство было полезно, поскольку через зияющую трахеостому можно было отсасывать патологическое содержимое или проводить лаваж. Стойкая бесканюльная трахеостомия была связана с тем, что потребность в наличии доступа в нижние отделы респираторного тракта оказывалась необходимой в течение длительного времени. Наиболее часто такой вид хирургического пособия осуществлялся для ИВЛ через трахеостому. И это понятно, поскольку эти больные поступали в реанимационные отделения больниц и родильных домов с тяжелой черепно-мозговой травмой, эклампсией, после удаления опухолей головного мозга, миастенией и столбняком. Именно при этих состояниях чаще всего регистрировалась длительная паралитическая дыхательная недостаточность и только ИВЛ могла обеспечить жизнеспособность таких больных. Кроме этого, у этих больных стойкая бесканюльная трахеостома использовалась для удаления слизи и мокроты из респираторного тракта и его лаважа. Стойкая бесканюльная трахеостома устраняла декомпенсацию дыхания, обусловленную обструкцией дыхательных путей различного генеза. Кроме этого, у значительной части больных бесканюльная трахеостома оказалось полезной и для решения другой, порой не менее важной задачи – для уменьшения выраженности воспалительного процесса на уровне, а также выше и ниже расположения. Это позволяло в одних случаях освободить наших пациентов от канюленосительства, у других – уточнить тяжесть рубцовой деформации просвета респираторного тракта на уровне гортани и трахеи, у третьих – устранить деформацию дыхательного горла в связи с прогибом, переломом и

частичным дефектом хрящевых формирований указанных органов, у четвертых - удалять из респираторного отдела папилломатозные разрастания, расположенные в подскладочном пространстве, на уровне трахеостомы и ниже ее вплоть до бифуркации, пользуясь ею, заодно, для проведения наркоза с интубацией. При стойких стенозах гортани и трахеи это хирургическое вмешательство явилось основным методом лечения. Оно позволяло больным в короткие сроки без осложнений в подавляющем большинстве случаев восстановить проходимость верхних дыхательных путей. В частности, при циркулярных резекциях гортани, иногда с нижним отделом гортани, заканчиваемых сшиванием проксимального и дистального отрезков респираторного тракта конец в конец или ларинготрахеопексией, в том числе фигурной, стойкая бесканюльная трахеостома помогала дополнительно фиксировать мобилизованный дистальный отрезок трахеи после операции на необходимом уровне.

Все приведенное позволило нам составить перечень заболеваний, при которых может возникнуть потребность во временной или стойкой бесканюльной трахеостомии сформулировать показания к их выполнению.

Показания к временным бесканюльным трахеостомиям.

А. Временная непроходимость верхних дыхательных путей.

1. Флегмона шеи.
2. Отек гортани различной этиологии (аллергия, ожоги щелочами, кислотами, термические ожоги и др.)
3. Ранения органов шеи.
4. Стенозирующий ларинготрахеобронхит.
5. Папилломатоз гортани и трахеи.
6. Реактивные изменения слизистой оболочки гортани и трахеи после длительной интубации.

Б. Острая дыхательная недостаточность при свободных дыхательных путях.

1. Ботулизм.
2. Эклампсия.
3. Острые отравления.

Показания к стойким бесканюльным трахеостомиям.

А. Непроходимость верхнего отдела дыхательного тракта длительного характера.

1. Стойкие стенозы гортани и трахеи.
 2. Папилломатоз гортани и трахеи.
- Б. Синдром дыхательной недостаточности центрального генеза.
1. Черепно-мозговые травмы.
 2. Опухоли головного мозга.
 3. Эклампсия.

В. Необходимость в длительной ИВЛ (более 10 суток) при паралитической дыхательной недостаточности.

1. Черепно-мозговые травмы.

2. Миастения.
3. Столбняк.
4. Ботулизм тяжелая форма.

Методические основы выполнения временной и стойкой бесканюльной трахеостомии отличалось от общепринятых методик этой операции тем, что после подхода к трахее в оптимальном месте (1-2-4-5 кольца трахеи) трахея рассекалась по средней линии продольно. Затем удалялся избыток тканей в кожно-трахеальном канале (подкожно-жировая клетчатка, частично срединные мышцы шеи и, при необходимости, перешеек щитовидной железы). После чего края кожи сшивались с краями трахеостомы швами из монолитного капрона (леска). Концы этих швов не срезались, а увязывались позади шеи с легким натяжением. Такая методика выполнения операции обеспечивала зияние трахеостомы на короткий срок без вставления трахеостомической трубки. В течение первых 10 лет швы с нее снимались, что позволяло закрыться ей самостоятельно.

Формирование стойкой бесканюльной трахеостомы, отработанное в отделении оториноларингологии хирургии головы и шеи Национального госпиталя при МЗКР, отличалось по сути дела от изложенной методики тем, что при вскрытии трахеи формировался языкообразный лоскут с нижним основанием. После тех же подготовительных мероприятий и такого же сшивания краев кожи и краев трахеального отверстия по всему периметру швы снимались не ранее чем через 12 дней. Такой срок сохранения швов обеспечивал срастание кожно- трахеальных краев трахеостомы, что и обеспечивало стойкое ее зияние.

Учитывая вышеизложенное, у больных при неотложных состояниях в условиях интенсивной и реанимационной терапии целесообразней сразу же формировать временную бесканюльную трахеостому, когда самостоятельное дыхание может восстановиться в течение короткого промежутка времени- 10 первых дней после хирургического вмешательства. Формирование стойкой бесканюльной трахеостомы следует рекомендовать тем больным, которые нуждаются в дыхании через трахеостому в течение длительного времени.

Литература

1. Аврапов, Д.А. Трахеостомия как лечебный метод при неотложных состояниях: пособие для врачей / Д. А. Аврапов, Ю. В. Исаков. – М.: Медицина, 1998. – С. 26–30.
2. Бердикян, А.С. Чрезкожная дилатационная трахеостомия / А.С. Бердикян // Вестник интенсивной терапии. - 1999. - №1. - С. 12-14.
3. Горбунов, В.А. О последствиях некоторых современных методов трахеостомии / В.А. Горбунов, С.И. Кубышкин // Российская оториноларингология. - 2004. - №6. - С. 75-80.
4. Злокачественные заболевания ЛОР-органов / И.И. Абабий // Вестник оториноларингологии. Научно-практический журнал. – 2002. – №2. – С. 37–39.

5. Кирасирова, Е.А. К вопросу о трахеостомии у больных, находящихся на ИВЛ / Е.А. Кирасирова, Е.Г. Ежова, Н.Н. Тарасенкова // Вестник оториноларингологии. - 2004. - № 6. - С. 55-57.
6. Кубышкин, С.И. Операция трахеостомии ошибки и осложнения / С.И. Кубышкин, В.А. Горбунов, Д.В. Пышный // Военно-медицинский журнал. - 2006. - Т. 327, № 11. - С. 30-36.
7. Лечение больных со стенозами трахеи / Ю.В. Бирюков и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. Научно-практический журнал. – 2002. – №5. – С. 50–53.
8. Лечение стенозов гортани / С.Х. Авдалбекян и др. // Хирургия. На-учно-практический журнал. – 2002. – №3. – С. 25–32.
9. Перельман, М.И. Хирургия трахеи / М.И. Перельман. – Медицина, 1972. – 370 с.
10. Фокин, М.С. Трахеостомия у нейрохирургических больных / М.С. Фокин, К.М. Горшков и др. - М., 2004. – С. 4-26.
11. Фейгин, Г.А. Что нужно знать о трахеостомии / Г.А. Фейгин, М.М. Кадыров, Д.Г. Фейгин. – Фрунзе, 1989. – 92 с.
12. Царенко, С.В. Нейрореаниматология. Интенсивная терапия черепно-мозговой травмы / С.В. Царенко. - М.: Медицина, 2005. – 352 с.
13. Шляга, И.Д. Современный подход к проблеме трахеостомии: учеб. метод. пособие / И.Д. Шляга, И.М. Савченко, Е.П. Медведева и др. – Гомель: ГомГМУ, 2007. – С. 12-19.
14. Шляга, И.Д. Трахеостомия: показания, техника, осложнения, уход в послеоперационном периоде: учеб.-метод. пособие / И.Д. Шляга, С.В. Ермолин, Д.Д. Редько. – Гомель: ГомГМУ, 2012. – 16 с.

ДИФFUЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ (обзор)

Дж.Н. Нурманбетов, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Клинически диффузный токсический зоб (ДТЗ) проявляется расстройствами в обменных процессах, вызывающими тяжелые метаболические нарушения в различных органах и системах, в сочетании с диэнцефало-гипофизарным симптомом [5].

Неотложные состояния при заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ) связаны с развитием диффузно-токсического состояния в до- и послеоперационном периоде т.е. тиреотоксический криз [1,3,4]. Последний развивается в результате резкого повышения в крови уровня тиреоидного гормона (ТГ), что усугубляет присутствие диффузно-токсическому зобу тяжелые органые и системные нарушения [6,7].

В результате углубленной разработки предоперационной подготовки и дифференцированного их применения в связи с тяжестью диффузно-

токсического зоба, применение плазмофереза (ПФ), возрастом больных (дети, пожилые, старики), сопутствующими заболеваниями или беременностью [8,9] частота дооперационного (Д/О), послеоперационного (П/О) токсического состояния (криза) значительно снизилась, чему способствовала и достигнутые успехи в современной интенсивной терапии и анестезиологии, позволяющие предупредить или ликвидировать последствия операционной кровопотери и электролитно-водных нарушений [10] субфасциальная, субтотальная резекция ЩЖ, произведенная по поводу диффузно токсического зоба [11,12].

Таким образом, сказанное выше подтверждается актуальность дальнейшей разработки различных аспектов ДТЗ, тем более, если учесть, что его не всегда возможно предупредить. Он иногда развивается даже у хорошо подготовленных к операции больных, его частота весьма вариабильна [2].

Этиология ДТЗ

Этиология комплексная и окончательно не выяснена. Известен ряд различных факторов, которые при определенных состояниях организма могут вызвать развитие диффузно тиреотоксикозе состояние.

1. Психическая травма.
2. Инфекция.
3. Гипертиреоидная конституция.
4. Функциональное состояние половых желез.
5. Аутоиммунный генез тиреотоксикоза.

Патогенез ДТЗ

Существует много гипотез, которым стремятся объяснить механизм возникновения ДТЗ. Он может быть объяснен следующим образом:

а) наличие генетического нейро-тиреоидного предрасположения, врожденный конституционный габитус и нейро-вегетативная дистония;

б) участие экзогенных, нейро-психических и эмоциональных отмыкающих факторов; потеря чувствительности гипоталамо-гипофизарных регуляторных центров к уровню тиреоидных гормонов в циркуляции; гиперсекреция тиреоидстимулирующих антител;

с) повышенный тиреоидный авидент/жадность/ к йоду с его быстрым тиреоидным клиренсом, что обуславливает гиперсекретирование T_3 и T_4 ;

д) избыток тиреоидных гормонов приводит к увеличению окислительных процессов в тканях и к уменьшению фосфорилирования. Это раздвоение двух процессов вызывает огромную потерю тепловой энергии. Увеличение теплопродукции и потребления кислорода (PO_2) объясняет отличительные черты нарушенного метаболизма при гипертиреозидизме, (Нурманбетов Д.Н., 1968 г.) обусловленные крайне повышенным катаболизмом. Непосредственное воздействие тиреоидных гормонов на ЦНС и ВНС приводит к адренергическому гипертонусу, объясняющему остальные симптомы тиреотоксикоза.

В настоящее время доказан аутоиммунный генез ДТЗ. В результате тех или иных факторов происходят изменения иммунного статуса, у лиц

предрасположенных к заболеваниям ЩЖ/ по Н1А-системе/вырабатывается значительное количество тиреостимулирующих антител, которые воздействуя на гипофиз и ЩЖ приводят к развитию ДТЗ.

Патоморфология

В зависимости от тяжести и давности заболевания различают три основные гистологические формы ДТЗ:

1. Интрафолликулярная эпителиальная гиперплазия.
2. Фолликулярная эпителиальная гиперплазия с очаговой лимфоидной инфильтрацией.
3. Фолликулярная эпителиальная гиперплазия с лимфоидной инфильтрацией и очаговым фиброзом.

Клиническая картина

Один из самых типичных симптомов ДТЗ-увеличение размеров ЩЖ. Однако не существует параллелизма между величиной зоба и тяжестью тиреотоксикоза. Клинически заболевание проявляется расстройствами в обменных процессах, вызывающими тяжелые нарушения в различных органах и системах. ЩЖ увеличивается диффузно, консистенция ее мягко-эластичная, но иногда становится плотной.

Сердечно-сосудистая система - постоянный признак тиреотоксикоза-тахикардия. Отмечается прямая зависимость числа сердечных сокращений от тяжести тиреотоксикоза/от легкой до парасимизмальной тахикардии. В результате повышенной потребности в кислороде у больных ДТЗ нарастают коронарный дебит, ударный и минутный объемы сердца. При далеко зашедших клинических формах наступают тяжелые диффузные и дистрофические изменения в миокарде-так называемое «тиреотоксическое сердце» - мерцательная тахикардия, недостаточность сердца.

Нервная система – от легких неврозов до тяжелых нарушений ЦНС. Выраженный тремор пальцев рук, век. Увеличение обменных процессов. Резко возрастает основной обмен. Гиперметаболизм прямо пропорционален тяжести тиреотоксикоза. Кожа горячая на ощупь.

Больные, как правило, пониженного питания при повышенном аппетите. По данным ряда авторов у 3% больных ДТЗ развивается параллельно сахарный диабет.

Глазные симптомы-особенно при средней и тяжелой степени тиреотоксикоза бывают положительными симптомами Дальримпла, Грефе, Штельвага, Кехера, Мебиуса. В настоящее время доказано, что эндокринная офтальмопатия является самостоятельным аутоиммунным заболеванием, часто ассоциирующим с ДТЗ.

Пищеварительные расстройства (30-60%) выражаются диспептическими расстройствами, токсическим поражением печени/до развития печеночной недостаточности.

При ДТЗ развивается повышение тонуса симпатно-адреналовой системы. При тяжелом тиреотоксикозе снижается резервная функция коры надпочечников, таким образом, создается предпосылка для возникновения в

послеоперационном периоде или даже на операционном столе острой надпочечниковой недостаточности.

Отмечается нарушение половой функции.

Кроме того существует ряд особенностей клинического течения ДТЗ у детей, беременных, пожилых, при сочетании его с сахарным диабетом, другими эндокринными заболеваниями полиэндокринный аденоматоз.

Тиреотоксикоз по клиническому течению делится на три степени: легкий, средней тяжести и тяжелый.

Чтобы получить наилучшие результаты хирургического лечения больных ДТЗ необходимо отбирать на операцию больных по строгим показаниям:

1. при всех средних и тяжелых формах тиреотоксикоза, у которых медикаментозное лечение в течение 4-6 месяцев оказалось безрезультативным;

2. при тиреотоксикозе в детском возрасте;

3. при тиреотоксикозе у пожилых;

4. при тиреотоксикозе беременных;

5. при сочетании тиреотоксикоза с сахарным диабетом;

6. при III-у степенях увеличения ЩЖ;

7. при загрудинной локализации зоба;

8. при ДТЗ с сердечно-сосудистыми поражениями;

9. при непереносимости йодистых и тиреостатических препаратов.

В настоящее время практически не существует противопоказаний к хирургическому лечению при ДТЗ. Современные медикаментозные средства плазмаферез, усовершенствование оперативной техники, анестезиологическое обеспечение и реанимация дают возможность расширить показания к операции. Важной профилактической мерой для предотвращения развития тяжелых, необратимых изменений в паренхиматозных органах и сердце мы считаем ранее и своевременно оперирование больных с тяжелой формой тиреотоксикоза. Это увеличивает процент выздоровевших с полным восстановлением трудоспособности.

Предоперационная подготовка больных ДТЗ

Предоперационная подготовка больных ДТЗ проводится с учетом индивидуальных особенностей, в зависимости от тяжести тиреотоксикоза и выраженности изменений сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем и органов, добиваясь ликвидации признаков тиреотоксикоза и коррекции изменений функции коры надпочечников, симпатно-адреналовой системы, сердечно-сосудистой и других систем. Схема предоперационной подготовки включает:

1. Подавление синтеза тиреоидных гормонов/мерказолил, карбонат лития, тиамазол.

2. Воздействие на симпатно-адреналовую систему-назначение бета-адреноблокаторов обзидан, анаприлин или ганглиоблокаторов резерпин.

3. Воздействие на миокард-сердечные гликозиды, АТФ, кокарбоксилаза, препараты калия/панангин. калия оротат, аспаркам, при наличии мерцательной аритмии-кардарон.

4. Седативные средства.

5. Введение 20% раствора глюкозы внутривенно капельно с витаминами и 8-12 ед. инсулина.

6. По показаниям - анаболические стероиды/ретаболил, нерабол/.

7. При тяжелом тиреотоксикозе для профилактики развития острой надпочечниковой недостаточности введение кортикостероидов.

В связи с применением плазмозамещения во многих разделах хирургии (клинической медицины), остановимся на аспектах его использования в эндокринологии и прежде всего, при диффузно-токсическом зобе, аутоиммунный генез которого получил всеобщее признание как в комплексе перитониального или экстракорпорального анализа, обменной гемотрансфузии.

В последние годы в предоперационную подготовку включены эфферентные методы лечения/плазмозамещение, гемосорбация/, которые позволяют сократить сроки предоперационной подготовки и лучше подготовить больных к операции.

Обезболивание

При тиреотоксикозе легкой степени операции проводятся под нейролептаналгезией /НЛА/ в комбинации с местной анестезией или под интубационным наркозом. При более тяжелом тиреотоксикозе применяется эндотрахеальный интубационный наркоз, который имеет ряд существенных преимуществ.

Операция

При ДТЗ используется метод О.В. Николаева – субтотальная, субфасциальная резекция ЩЖ.

Опасности и осложнения во время и после операции

1. **Кровотечение во время операции.** Вследствие обильного кровоснабжения ЩЖ существует опасность кровотечения при операции, особенно по поводу ДТЗ. Обычно геморагии венозного или паренхиматозного происхождения, а также из артерий. Если во время стромэктомии появляется кровотечение, основное правило-работать спокойно и внимательно, не накладывая вслепую кровоостанавливающие зажимы на кровоточащие ткани. Кровоточащий участок прижать тампоном и при хорошей видимости наложить зажим только на кровоточащий сосуд.

2. Большие узлы ЩЖ могут вызвать длительную компрессию трахеи с развитием дегенеративных изменений ее хрящей и колец. Наступает трахеомалация, которая представляет опасность для больного. В конце операции, при экстубации или при изменении положения головы может возникнуть спадение трахеи и вследствие этого асфиксия. Такой больной нуждается после выполнения операции в трахеостомии.

3. При отделении перешейка ЩЖ от трахеи, особенно при раке, возможно ранение трахеи. Через отверстие в трахее со свистом втягивается воздух, который попадая в ее просвет, засасывает кровь из операционной раны. Это вызывает асфиксию. Необходимо наложить шов на отверстие аэравматической иглой.

4. Повреждение возвратного нерва-одно из наиболее серьезных осложнений операции на ЩЖ. Ранение возвратного нерва встречается чаще справа. Это объясняется особенностями его анатомического расположения. Слева возвратный нерв лежит в трахео-эзофагеальной бороздке, где он сравнительно защищен, в то время как правый открыт и в 40% случаев проходит перед нижней тиреоидной артерией. Для профилактики повреждения нерва необходимо хорошее знание анатомии, ювелирная точность во время операции. Часты повреждения нерва во время операций по поводу рецидивного зоба и рака ЩЖ, когда нарушаются анатомические структуры.

Симптомы повреждения возвратного нерва: афония, осиплость голоса. Поперхивание во время глотания, стридорозное дыхание. При перерастяжении или травмировании нерва наступает парез голосных связок, надгортанника, который ликвидируется при назначении прозерина, рассасывающей и противовоспалительной терапии. При полном пересечении нерва требуется значительное время, занятия у фониатра, лечение для восстановления голоса.

При повреждении двух возвратных нервов у больного наступает острая аспигия, связанная с параличем голосовых связок. Только немедленная интубация трахеи или трахеостомия могут спасти больного.

5. **Повреждение околощитовидных желез** происходит чаще всего при проведении струмэктомии по методу Кохера, рецидивных зобах, раке ЩЖ. При их повреждении развивается гипопаратиреоз характеризующийся гипокальциемией, тетанией, последняя проявляется парестезиями, симптомом Хвостека, судорогами, «рукой акушера».

Для купирования приступов гипопаратиреоза необходимо внутривенное введение препаратов кальция/хлористый кальций, глюконат кальция/, паратгормона, дегидротахистерола, витамина Д или подсадки «булоньей» косточки для создания депо кальция.

6. **Воздушная эмболия** наступает при ранении крупных вен, когда в зияющую вену засасывается воздух. Чтобы предупредить воздушную эмболию необходимо осторожное, послушное рассечение тканей с выделением и перевязкой вен. При наступившей воздушной эмболии, чтобы прекратить всасывание воздуха через открытые шейные вены, надо немедленно повысить внутривенное давление, голову уложить низко, а самого больного повернуть на левую сторону. Советуют сразу же сделать пункцию правого желудочка сердца, чтобы удалить скопившейся там воздух. При наличии симптомов воздушной эмболии сосудов мозга

необходимо провести гипербарическую оксигенацию, реанимационные мероприятия вплоть до открытого массажа сердца.

7. **Вторичные послеоперационные кровотечения.** При массивных кровотечениях необходима ревизия раны и остановка кровотечения.

8. **Послеоперационный тиреотоксический криз.** Мерами профилактики послеоперационного тиреотоксического криза являются длительная, рациональная предоперационная подготовка, адекватное обезболивание во время операции, щадящая, малотравматичная техника оперативного вмешательства, отмывание раны от свободных гормонов и дренирование ложа ЩЖ.

Интенсивная терапия и реанимация послеоперационного тиреотоксического криза:

1. Введение препаратов детоксикационного действия и форсирование диуреза.

2. Бета-адреноблокаторы.

3. Глюкокортикоиды/до 600 мг гидрокортизона в сутки/.

4. Обкладывание крупных сосудов пузырями со льдом, введение охлажденных растворов внутривенно.

5. Гемосорбция, плазмаферез.

6. Управляемая ганглионарная блокада арфонадом натрия.

7. Седативные препараты.

8. При необходимости искусственная вентиляция легких.

Литература

1. Балаболкин, М.И. Клиника и терапия критических состояний в эндокринологии / М.И. Балаболкин, В.С. Лукьянчиков. - Киев: Здоровья, 1982. - 148 с.
2. Дейкало, И.Н. Предоперационная подготовка больных диффузным токсическим зобом иммунно-регуляторами / И.Н. Дейкало: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. - Киев, 1985. - 28 с.
3. Златкина, А.Р. Об осложнениях при лечении токсического зоба мерказолилом / А.Р. Златкина, М.В. Сидельникова, О.Н. Ветчинникова // Вопрос. эндокрин. – 1981. - Т. 32. – С. 85-88.
4. Золоева, Г.К. Влияние обзидана на функцию эндокринных желез, регулирующих обмен кальция, у больных ишемической болезнью сердца / Г.К. Золоева // Клин. мед. - 1986. - № 1. - С. 60-63.
5. Калинин, А.П. Неотложная эндокринология (2-ое дополненное издание) / А.П. Калинин, И.Т. Калужный, Дж.Н. Нурманбетов. – Бишкек: Изд-во Илим, 1989. – 352 с.
6. Калинин, А.П. Офтальмологические проявления эндокринных заболеваний / А.П. Калинин, В.П. Можеренков. - М.: ВНИМИ, 1986. – 77 с.
7. Калинин, А.П. Обезболивание в эндокринной хирургии / А.П. Калинин, М.И. Неймарк. - М.: ВНИМИ, 1986. - 76 с.

8. Калинин, А.П. Предоперационная подготовка и обезболивание в хирургии токсического зоба / А.П. Калинин, М.И. Неймарк. - М.: ВНИМИ, 1984. – 93 с.
9. Калинин, А.П. Послеоперационная подготовка и обезболивание в эндокринной хирургии: учебно-методическое пособие / А.П. Калинин, М.И. Неймарк. – Томск, 1988. – 91 с.
10. Калинин, А.П. Множественные эндокринные аденоматозы / А.П. Калинин, О.С. Рыдбуль // Тер. арх. – 1984. - № 10. - С. 136-141.
11. Калинин, А.П. Интенсивный лечебный плазмаферез при диффузном токсическом зобе: метод рекомендации / А.П. Калинин, А.М. Сазонов, М.И. Неймарк и др. - М., 1986. - 17 с.
12. Лукьянчиков, В.С. Острые и неотложные состояния при заболеваниях щитовидной и околощитовидной желез / В.С. Лукьянчиков, А.П. Калинин. - М.: ВНИМИ, 1981. - 78 с.

МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ У ДЕТЕЙ

А.Д. Таирова¹, К.М. Мыкыев¹, Ж.М. Минбаев²

**¹Кыргызско-Российский Славянский университет, ²Городская детская
клиническая больница скорой медицинской помощи,
г. Бишкек, Кыргызстан**

Вросший ноготь - распространенное заболевание, встречающееся у 1,3-10,0% больных, обратившихся на амбулаторный прием к хирургам [1,7] и гипертрофированный и воспаленный ногтевой фаланг пальца стопы причиняя боль, лишает ребенка возможности носить обувь, что влияет на его психику [3,5]. Консервативные методы лечения вросшего ногтя не устраняют причины заболевания, поэтому не всегда приводят к выздоровлению [3]. К настоящему времени известно более 100 способов операций при данной патологии [4,5,2], но предложенные методы не всегда обеспечивают положительные результаты, приводя к рецидивам в 20 – 76% случаев или сопровождаются осложнениями, и больные переносят тяжелее, чем страдание от вросшего ногтя [6]. Таким образом, сложности в лечении вросшего ногтя стоп у детей, значительный процент осложнений, отсутствие единых взглядов на профилактику осложнений, делают эту проблему актуальной.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения детей с ВН путем применения усовершенствованной методики хирургического лечения.

Материалы и методы исследования

Нами сравнительно изучены данные традиционного метода лечения с удалением или краевой резекцией ногтевой пластинки при вросшем ногте у

детей и усовершенствованная пластическая методика лечения в хирургическом отделении дневного пребывания (ХОДП) ГДКБ СМП за 2012-2017 г. Больные первой группы с вросшим пальцев стопы было 45 детей, которые лечились в разных амбулаторно-поликлинических условиях регионов республики и в г. Бишкек. У 76 больным второй группы, применялись этиопатогенетическое хирургическое лечение без резекции и без удаления ногтевой пластины, которым проводили пластическое удаление гипертрофированных мягких тканей пальцев стопы. Кроме объективного и локального осмотра, больным проводились определение степени вросшего ногтя, развернутый анализ крови, по необходимости УЗИ.

Результаты и обсуждение

Возраст детей колебался от 11 до 17 лет. В гендерном аспекте мальчиков было – 65 (53,7%), девочек – 56 (46,3%). Одностороннее поражение отмечено у – 95 (78,5%), двустороннее у – 26 (21,5%) больных. По частоте обращения наблюдается рост в осеннее и зимнее время, что отмечено у – 82 (67,8%), что обусловлено сезонной пересменой новой и тесной обуви. Основными жалобами при обращении детей в хирургический стационар с вросшим ногтём были, наличие острой боли, отёк и гипертрофия мягкой ткани вокруг ногтевого валика. При наличии осложнений отмечался – отёк, гиперемия, гнойное выделения из раны пальца, ограничение движения из-за болевого синдрома, у 42 (34,7%) повышение температуры тела. В анамнезе причиной вросшего ногтя являлось полукруглое иссечение ногтевой пластины, т.е. стрижка ногтя. У большинства больных имелись особенности конституционного телосложения, увеличенные мягкие ткани больших пальцев и на фоне ношения тесной обуви с подошвенно-боковой поверхности мягкие ткани гипертрофируются, приподнимаются вверх, что приводят к закрытию ногтевой пластинки пальцев. У 14 (11,6%) детей изменение формы кожного валика вокруг больших пальцев стопы наблюдалось с грудного возраста, что указывает на врожденную предрасположенность.

У больных с вросшимся ногтём первой группы 45 больных - установлено, что в анамнезе у 18 больных по 3 раза призведено хирургическое удаление ногтевой пластинки, у 21 по 2 раза, у 6 – краевое неоднократное удаление ногтевой пластинки вместе с матрицей. При неоднократном удалении ногтевых пластинок у 40%, в отдаленном периоде отмечено грубое утолщение и деформация ногтевых пластинок. Все больные испытывали чувство страха, боязненность, после удаление ногтевой пластинки из-за боли при длительных перевязок и возможности повторного оперативного вмешательства.

В этиопатогенезе вросшегося ногтя, мягкие ткани гипертрофируются вокруг ногтевого валика, закрывая концы ногтевой пластины, и постоянная неправильная стрижка способствуют росту ногтевой пластинки в сторону мягких тканей. Учитывая это, нами решено модифицировать методику хирургического лечения вросшего ногтя.

Модифицированная хирургическая методика проводится после стихания процесса обострения. Для этого больным назначаются: местно повязки с гипертоническим раствором хлористого натрия 2 раза в день, только на область выраженного воспаления. Рег. ос. антибиотики, при необходимости в/м, местно ванночки антисептическими растворами. Больной должен соблюдать постельный режим до стихания воспалительного процесса. Назначаются физиопроцедуры. Даже после стихания острого процесса наблюдается наличие гипертрофированной ткани вокруг ногтевого валика.

Сущность методики заключается в клиновидно-клюшкообразной резекции гипертрофированных мягких тканей пальца под местным обезболиванием. Рана ушивается кетгутовыми узловыми швами. В ближайшем периоде после операции в 2-х случаях из-за несоблюдения строгого постельного режима после проведенной операции наблюдался отёк, нагноение раны, в одном случае кровотечение. После консервативных мер купировано, обострения нет. В проведенной модифицированной методике лечения при вросшем ногте у детей, при изучении отдаленных результатов у всех больных отмечены хорошие результаты. Рецидив вросшего ногтя не наблюдался.

Выводы. Модифицированная методика хирургического лечения при вросшем ногте у детей дает очень хорошие результаты, отсутствие рецидива заболевания.

Литература

1. Ежов, Ю.И. Оперативный способ лечения вросшего ногтя / Ю.И. Ежов, А.В. Мельгунов, П.Н. Комлев // Новые направления в клинической медицине. – 2000. – С. 192.
2. Кассиров, Д.А. Новый способ оперативного лечения двустороннего вросшего ногтя / Д.А. Кассиров // Вестн. хирургии им. Грекова. – 2008. – Т. 167? № 4. – С. 98-99.
3. Комлев, П.Н. Лечение вросшего ногтя стоп у детей / П.Н. Комлев: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новгород. – 2004. – 18 с.
4. Кунафин, А.С. Оптимизация хирургического лечения вросшего ногтя: тезисы 2 съезда амбулаторных хирургов РФ / А.С. Кунафин // Амбулаторная хирургия. – 2007. – №4. – С. 118-119.
5. Савченко, П.А. Оперативное лечение вросшего ногтя / П.А. Савченко, В.Ф. Подгорнов // Вопр. реконструктивной и пластической хирургии. – 2003. – № 4 (7). – С. 73-80.
6. Шашин, А.П. Хирургическое лечение вросшего ногтя / А.П. Шашин, П.Е. Пермяков // Астрахань: АГМА, 2003. – 90 с.
7. Erdogan, F.G. A simple, pain-free treatment for ingrown toenails complicated with granulation tissue / F.G. Erdogan // J. Dermatol. Surg. – 2006. – Vol. 32, № 11. – P. 1388-1390.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОЧЕК (обзор литературы)

Г.С. Чернецова, М.Т. Назаралиев, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Кистозная поражения почечной паренхимы является одной из самых распространенных патологий верхних мочевых путей. По данным Н.А. Лопаткина и Е.Б. Мазо (1982) кисты почек выявляются у 3% всех урологических больных старше 18 лет, что в определенной степени объясняется возрастающей доступностью в клинической практике таких высокоинформативных методов диагностики, как УЗИ почек, КТ, МРТ [1].

Кистозные болезни почек - врожденные заболевания, характеризующиеся аномалиями структуры паренхимы почек с образованием кист размерами от 1 до 10 см и более, что может приводить к сдавлению и деструкции почечной паренхимы [1]. Согласно данным литературы, простая киста почек чаще встречается у мужчин, чем у женщин [6,] и располагаются преимущественно в верхнем и нижнем сегментах почки [2]. Парарельевикальная локализация кист отмечается у 14% от общего числа пациентов.

Единственным эффективным способом лечения кистозных поражений почечной паренхимы является оперативное вмешательство. Показаний к хирургическому лечению кист почек, большинство авторов считает наличием у пациента клинических проявлений заболевания, таких как боль, гематурия, нефрогенная артериальная гипертензия, прогрессивное нарушение почечных функций, нарушение уродинамики верхних мочевых путей, острый и рецидивирующий пиелонефрит, прогрессирующее увеличение размеров кисты, подозрение на малигнизацию кисты либо ее нагноение.

При наличии показаний к хирургическому удалению кист почек предстоит задача выбора наиболее рационального метода оперативного вмешательства, путем нанесения минимальной хирургической травмы для выполнения оперативного вмешательства и получить хорошие отдаленные результаты. На настоящий момент рекомендовано множество способов хирургического лечения кистозных образований почек: открытая операция, перкутанная аспирационная пункция кисты почки с введением склерозирующих веществ, эндоскопические хирургические вмешательства, операции с применением минилапаротомной техники [4].

Наиболее безопасным и достаточно эффективным способом хирургического лечения кист почек с более 3,5 см в диаметре, многие авторы считают пункционную методику в различных модификациях [1]. Метод

обладает малой травматичностью. Противопоказания к применению пункционной методики для лечения кистозных образований почек немногочисленны: терминальная стадия ХПН, нарушение свертывающей системы крови, риск повреждения крупных магистральных сосудов, перипельвикальное расположение кисты [2]. Осложнения от пункционного лечения кистозных заболеваний почек в силу малой травматичности.

Среди осложнений данной манипуляции в литературе указываются: пневмоторакс с частотой 1,4% случаев, развитие паранефрального абсцесса, кровоизлияния в кисту, повреждение паренхимы почки, паранефральная гематома. Осложнения в виде боли и гематурии после пункционного лечения кистозного образования отмечались исследователями в 10% наблюдений. Гораздо более эффективным по сравнению с пункционным методом лечения является традиционное полостное хирургическое вмешательство [3]. Надежным и высокоэффективным способом хирургического лечения кистозных заболеваний почек, независимо от их локализации, является открытое хирургическое вмешательство на пораженной почке из люмботомического доступа [6].

Вместе с тем, хорошая визуализация операционного поля позволяет с высокой вероятностью выявить нераспознанные во время диагностических мероприятий злокачественные поражения стенки кисты и предпринять соответствующие корректировки в ходе операции [6]. Основным недостатком, ограничивающим широкое применение открытого оперативного вмешательства из люмботомического доступа, является высокая травматичность методики. Травматичность метода обусловлена прежде всего большим количеством мышечной ткани, пересекаемой хирургом при выполнении доступа в забрюшинное пространство. К тому же, с доступом связаны и такие возможные осложнения, как вентральная грыжа, нагноение послеоперационной раны и т.д.

Последние годы показали значительную смену взглядов на лечение простых кист почек. Чтобы выбрать оптимальный метод лечения, необходимо учитывать степень достоверности диагноза, характер кисты, ее осложнений, а так же проанализировать возраст пациента. Появившиеся новые эффективные эндоскопические методы лечения простых кист почек позволяют в значительной мере сузить показания к открытой операции из люмботомического доступа [2]. На сегодняшний день видеоэндоскопическая хирургия вытесняет открытые оперативные методики и составляет конкуренцию пункционной технике лечения кисты почек [2]. Лапароскопические доступы, имея неоспоримые преимущества перед открытыми операциями, становятся рутинной клинической практикой. Выполнение лапароскопического вмешательства, не смотря на

малую травматичность, высокую эффективность, имеется ряд интраоперационных осложнений. Интраоперационными осложнениями в лапароскопической хирургии, связанными с наличием пневмоперитонеума, являются также пневмоторакс и др [4].

Таким образом, учитывая представленные данные, необходимо отметить, что при выборе тактики оперативного лечения кист почек целесообразно применять минидоступ. Традиционная открытая операция может быть применена только в том случае, если люмботомия из минидоступа противопоказана, так как обнаружены кисты нагноившаяся.

Перспективы дальнейших исследований заключаются в дополнительной оценке гистологических изменений кисты в рамках разработки индивидуального подхода в терапии кистозных поражений почек.

Литература

1. Ахметов, Н.Р. Хирургическое лечение солитарных кист почек: дис... канд. мед. наук / Н.Р. Ахметов. – Уфа, 2000. – 161 с
2. Захматов, Ю.М. Малоинвазивные методы лечения простых кист почек / Ю.М. Захматов, Н.С. Трофимов // Российский медицинский журнал. – 2002. – №5. – С. 40-43с.
3. Ибрагимов, В.М. Чрескожные и эндоскопические методы диагностики и лечения простых кист почек: дис... канд. мед. наук / В.М. Ибрагимов. – Тбилиси, 1989. – 148 с.
4. Gastinger I, Kockerling F. Laparoscopische Operationen im Alter / I. Gastinger, F. Kockerling // Zentralbl. Chir. 1994. – Bd. 119. – S. 428-431. 4.
5. Hanna R.M, Dahniya M.H. Aspiration and sclerosing therapy of symptomatic simple renal cysts: meaning of two injections of a sclerosing agent / R.M. Hanna, M.H. Dahniya // Am. J. Rentgenol. – 1996. – Vol. 167, №3. – P. 781-783.
6. Чернецова, Г.С. Урология. Кистозные поражение почек / А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев, О.Н. Чернецов. – Б.: КРСУ, 2009. - С. 156.

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

СТРУКТУРНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФОБЛАСТНЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

**Айбек к. Айзада, А.С. Сооданбекова,
Кыргызский Национальный университет им. Ж. Баласагына,
г. Бишкек, Кыргызстан**

До начала 70-х годов прошлого столетия в связи с отсутствием экспериментальной терапии лейкоза, большинство людей с злокачественными заболеваниями погибали. Появление новых технологий, новых средств выживания после химиотерапии, новые подходы к диагностике и лечению привели к повышению выживаемости больных лейкозом. К примеру, в США выживаемость у детей составляет 95% [5].

В Кыргызстане в последнее время частота заболеваемости со злокачественными новообразованиями выше у детей дошкольного, школьного возрастов, чем у взрослых. В структуре злокачественных опухолей у детей острые лейкозы составляют одну треть всех злокачественных опухолей (30 случаев на 1 млн жителей), причем чаще у детей в возрасте от 2-х до 5 лет [4, 6]. Из литературных данных известны частота встречаемости, процент выживания, и диагностика заболевания. Также представлены достоверные данные о заболеваемости больных острым лимфобластным лейкозом в зависимости от пола, возраста и условий проживания [4].

Структурные и морфологические изменения лимфобластов и миелобластов в красном костном мозге при заболевании лейкозом мало изучены. В связи с этим перед нами была поставлена задача:

- Изучить структурные морфологические изменения лимфобластов и миелобластов в красном костном мозге у детей при заболевании лейкозом Кыргызстана.

- Используя различные методы для диагностики заболевания лейкозом, уметь распознавать лимфобластные и миелобластные злокачественные новообразования.

Материалы и методы

В работе использовались цитохимические методы определения миелопероксидазы (МПО), фосфолипидов и гликогена в лейкоцитах у 28 детей.

Результаты исследования

По результатам наших исследований было показано, что в крови, текущей по кровеносным сосудам, в норме не обнаруживается значимое содержание бластных клеток, так как из костного мозга в кровоток должны переходить созревшие, функциональные клетки. Сам костный мозг

содержит бластные клетки, но у здорового человека их не должно быть больше определенного количества (рисунок 1).

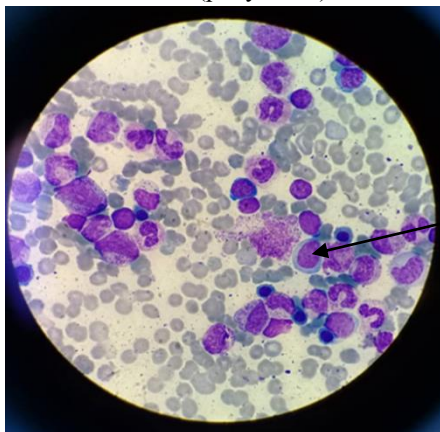


Рисунок 1 - Контрольный костный мозг

У первичных больных детей с острым лимфобластным (а) и миелобластным (б) лейкозом в красном костном мозге деление недифференцированных лимфобластных и миелобластных клеток возрастает и занимает полностью красный костный мозг (80-90%) (рисунок 2 а-б). Белые кровяные тельца, то есть лейкоциты вдруг перестают созреть полностью и не дорастают до полноценных рабочих клеток. Вместо этого они начинают быстро и бесконтрольно делиться. Работа системы кроветворения все больше дает сбой: больные клетки вытесняют здоровые и занимают их место в костном мозге. У больного ребенка не хватает ни здоровых лейкоцитов, ни красных клеток крови (эритроцитов), ни кровяных пластинок (тромбоцитов).

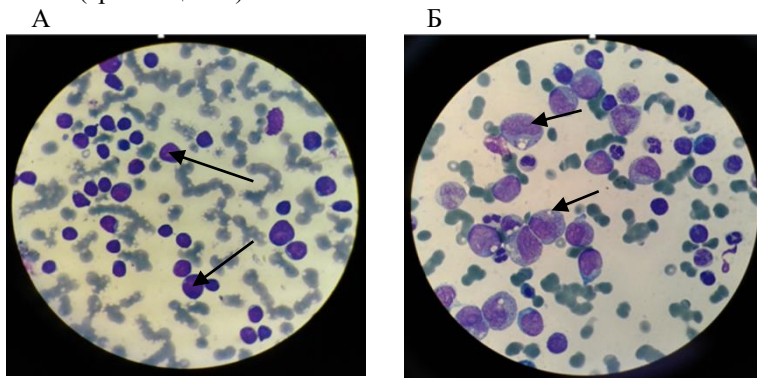


Рисунок 2 - А- лимфобластный лейкоз, Б-миелобластный лейкоз

Из рисунка 2 видно что, лимфобластный и миелобластный лейкозы отличаются друг от друга по морфологическим признакам, то есть содержание цитоплазмы в лимфобластных значительно меньше, чем в миелобластных клетках. Также отличаются по размерам клеток: миелобласты являются более крупными по сравнению с лимфо-бластами (рисунок 2 А-Б).

Для точного определения заболевания острым лимфобластным или острым миелобластным лейкозом мы использовали цитохимический метод определения миелопероксидазы, при котором в цитоплазме имеется золотистое окрашивание что говорит о принадлежности миелоидному росту и диагностируется миелобластный лейкоз (рисунок 3 А-Б).

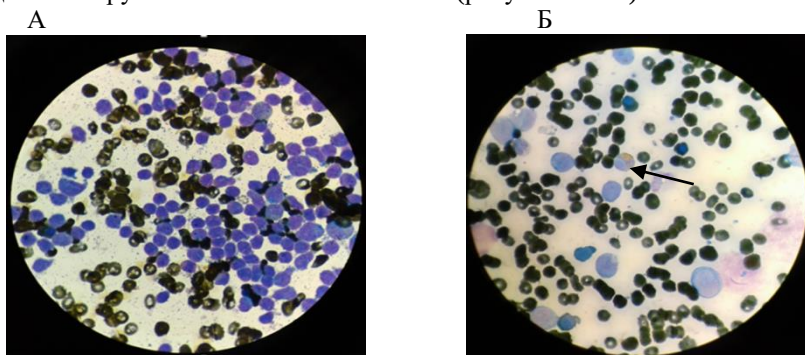


Рисунок 3 - А-миелопероксидаза (МПО) отрицательный, Б-миелопероксидаза (МПО) положительный

Цитохимическое исследование фосфолипидов основано на применении веществ, растворяющихся в жирах (судан III, IV, черный судан и др.). Фосфолипиды лучше выявляются Суданом черным (черное окрашивание). В гематологических исследованиях чаще применяется окрашивание мазков Суданом III (рисунок 4 А-Б). Такая данная реакция является маркером миелобластного лейкоза.

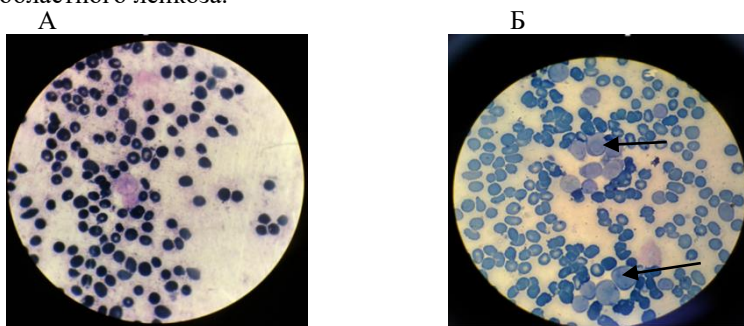


Рисунок 4 - А-фосфолипид отрицательный, Б-фосфолипид положительный

В лейкоэмических клетках при остром миелобластном лейкозе гликоген или не содержится вообще, или распределен диффузно либо в виде мелкой зернистости; при остром лимфобластном лейкозе – в виде крупных гранул и окрашивается в красный цвет (рисунок 5 А-Б). Реакция на гликоген является маркером лимфобластного лейкоза.

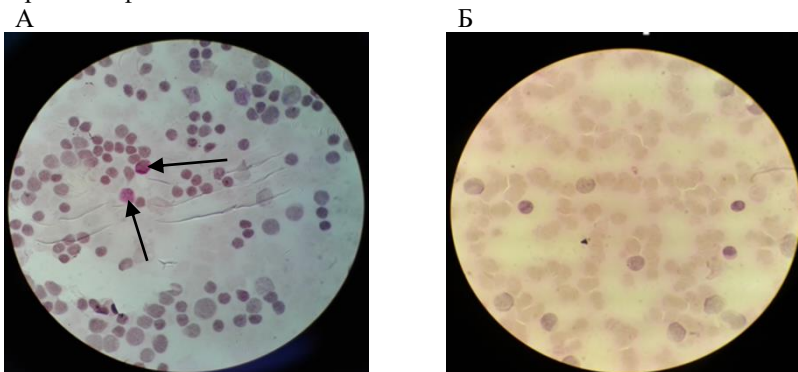


Рисунок 5 - А- гликоген положительный, Б-гликоген отрицательный

При изучении территориальных особенностей наибольшее количество случаев заболевания острым миелобластным лейкозом выявлено на юге Кыргызстана в Ошской и Жалал-Абадской областях. Острый лимфобластный наблюдается в основном на севере Кыргызстана, Нарынской и Чуйской областях.

В результате полученных данных можно сделать вывод, что использование цитохимических методов определения миелопероксидазы (МПО), фосфолипидов и гликогена позволяют выявить лимфобластный или миелобластный лейкоз у детей.

Литература

1. Дурнов, Л.А. Детская онкология: учебник / Л.А. Дурнов, Г.В. Голдобенко. - М.: Медицина, 2002. - С. 172-183.
2. Злокачественные новообразования в России в 2006 году (заболеваемость и смертность) / под ред. В.И. Чиссова. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2008. - 248 с.
3. Усенова, А.А. Особенности распространения острого лимфобластного лейкоза в Кыргызстане / А.А. Усенова // Вестник КРСУ. - 2013. - Т. 13, № 6. - С. 179–181.
4. Усенова, А.А. Показатели заболеваемости острым лимфобластным лейкозом / А.А. Усенова // Вестник КРСУ. - 2017. - Том 17, № 10. - С. 165-172.
5. [http:// www.miloserdie.ru](http://www.miloserdie.ru) >article>leij
6. <http://m. podari-zhizn.ru>>node

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТЛОЖНОГО ГЕМОДИАЛИЗА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Г.У. Асымбекова, А.И. Урнев, Е.Б. Шотарбаев,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Среди заболеваний особое место занимают больные, у которых по разным причинам нарушается функция почек [4,5]. Почечная недостаточность может начаться в любом возрасте и по целому ряду причин. Особое место занимают среди них пациентки с беременностью [7]. В этом случае единственный выход получение пожизненных процедур гемодиализа, если нет возможности решения вопроса трансплантации [6].

В акушерской практике, при массивных кровотечениях во время родов и в послеродовом периоде, при сепсисе и при преэклампсии часто идет повреждение функции почек, при котором необходим неотложный гемодиализ. При отсутствии своевременной помощи риск материнской смертности возрастает [3].

В Кыргызской Республике уровень материнской смертности за последнее десятилетие остается стабильно высоким и не имеет положительной динамики. На данный момент показатели уровня материнской смертности в Кыргызстане являются самыми высокими среди стран Восточной Европы и Центральной Азии. Согласно данным Республиканского медико-информационного центра, основными причинами материнской смертности являются (2017): послеродовые кровотечения (34,5%); гипертензивные расстройства (15,5%); сепсис (8,6%); экстрагенитальные заболевания (22,4%) [1,2,3].

Цель исследования: Оценка эффективности неотложного гемодиализа при осложненных беременностях и родах.

Материалы и методы

Нами произведен ретроспективный анализ материнской смертности у 100 пациенток, умерших в период беременности, родов и в послеродовом периоде в различных регионах республики за последнее десятилетие. Было выявлено, что каждая вторая погибшая от преэклампсии изначально была недооценена степень тяжести состояния и проводилась неадекватная, необоснованная терапия, которая способствовала переходу к более тяжелой форме преэклампсии или же отеку легких, мозга или острой почечной недостаточности (ОПН), что является основными причинами смертельных исходов.

В клинике профессора Асымбековой Г.У. был проведен неотложный гемодиализ двум пациенткам. Процедуру гемодиализа проводим с аппаратом искусственной почки «Dialog + Braun». Для проведения процедуры используются терапевтические наборы для «Dialog+ Braun». Сосудистый доступ осуществлялся с помощью двухпросветного венозного катетера Certofix Duo HF. Контур аппарата заполнялся физ. раствором.

Скорость инфузии составляет 200 мл/мин. Антикоагуляция осуществлялась гепарином при постоянной инфузии со скоростью 8-10 ЕД/кг•час с учетом показателей коагулограммы. Скорость кровотока составляла 250 мл/мин. Скорость ультрафильтрации составляла от 50 до 150 мл/ч. В среднем 2–3 раза в неделю в течение 4 часов пациенту проводится гемодиализ.

Первая пациентка: Х-ва С.И., 27 лет. Диагноз при поступлении: Беременность 30-31 недель. Тазовое предлежание. Преждевременная частичная отслойка низко-расположенной плаценты. Угрожающее состояние плода. ФПН II степени. Заключительный диагноз: Роды II, оперативные, ранние в сроке гестации 30-31 недель, в чисто-ножном предлежании. Преэклампсия тяжелой степени. Преждевременная отслойка плаценты. Рубец на матке после кесарева сечения (КС) (от 2013г). HELLP- синдром. Анемия тяжелой степени. Плеврит. ОПН. Синдром системного воспалительного ответа. ОАА. Проведено 10 процедур гемодиализа.

Вторая пациентка: М-ва А.Т., 27 лет. Диагноз при поступлении: Беременность 26-27 недель. Головное предлежание. ФПН II степени. Хроническая болезнь почек. Анемия II степени. Многоводие. Диагноз клинический: Беременность 28-29 недель. Головное предлежание. ФПН II степени. Хроническая болезнь почек. ОАА. Заключительный диагноз: Роды I, оперативные, ранние в сроке гестации 28-29 недель, в головном предлежании. ОАА. Хроническая болезнь почек. ФПН II степени. Многоводие. Абсолютная короткость пуповины.

Результаты исследования

У первой пациентки на первые сутки после операции на фоне интенсивной инфузионной терапии (под контролем уровня ЦВД) и антибиотикотерапии отмечен уровень креатинина 511,9-618,3 ммоль/л.; скорость клубочковой фильтрации 9мл./мин.; общий белок -41,8г./л.; альбумин 16г./л.; АЛТ -101,8ед./л.; АСТ-169,2ед./л.; С-реактивный белок 31,8мг./л.. Гемодинамические показатели: АД 150/100 мм. рт. ст. 144/100мм.рт.ст.; ЧСС ДО 130 уд в мин. На фоне процедур объем ультрафильтрации составил 1500 мл. - 3500 мл., при продолжительности от 2 часов до 4 часов. Только на десятой процедуре отмечается улучшение биохимических и гемодинамических показателей. Нормализация гемодинамики способствовала и восстановлению фильтрационного давления в почечных клубочках, что привело к увеличению диуреза с 100±70 до 1600±560мл в сутки. Скорость клубочковой фильтрации после сеансов гемодиализа увеличивалась с 9мл/мин до 64 мл/мин.

У второй пациентки, при осложненной беременности плацентарной недостаточностью на фоне хронической болезни почек улучшение состояния отмечается уже на третьем сеансе. Снижение уровня креатинина с 511,9 ммоль/л до 399,1 ммоль/л. Скорость клубочковой фильтрации после процедур соответствовал 14. Стабилизация показателей гемодинамики.

Таким образом, по нашим данным проведение гемодиализа оказывает непосредственное нефропротективное действие, видимо, связанное с

эффектом гемодинамической стабилизации. Полученные данные свидетельствуют о непосредственном нефропротективном эффекте неотложного гемодиализа при острой печеночно-почечной недостаточности во время беременности и при хронической болезни почек.

Выводы:

1. Эффективным методом лечения острой почечной и печеночной недостаточности, при HELLP синдроме и при осложнениях беременности на фоне хронической болезни сердца является неотложный гемодиализ.

2. Терапия неотложного гемодиализа не вызывает побочных эффектов независимо от тяжести состояния пациента и приводит к регрессу и/или нивелированию клинических проявлений почечной недостаточности..

3. В результате проведения неотложного гемодиализа отмечается положительная динамика не только лабораторных, но и клинических показателей, проявляющаяся в устранении проявлений энцефалопатии, стабилизации гемодинамики, нормализации суточного диуреза.

Литература

1. Национальная программа реформирования системы здравоохранения Кыргызской Республики «Денсоолук» на 2012-2016 годы. Утверждена Постановлением Правительства КР от 24 мая 2012 года №309.
2. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года. Утверждена Указом Президента КР от 15 июля 2006 года № 387.
3. ЦАПЗ (2012). Материнская смертность в Кыргызской Республике: обзор тенденций, 2012 г. [Электронный ресурс]: URL: www.hpac.kg
4. Bahadi, A. Pregnancy during hemodialysis: A Single Center Experience / A.Bahadi, D.E. Kabbaj, K. Guelzim et al. // Saudi J. Kidney Dis Transpl. – 2010. - V. 21, N 4.21. – P. 646-651.
5. Hladunewich, M. Pregnancy in End Stage Renal Disease / M. Hladunewich, A.E. Hercz, J. Keunen et al. // Seminars in Dialysis. – 2011. - V. 24, N 6. – P. 634-639.
6. Luders, C. Obstetric outcome in pregnant women on long-term dialysis: a case series / C. Luders, M.C. Castro, S.M. Titan et al. // Am. J. KidneyDis. – 2010. - V. 56, N 1. – P. 77-85.
7. Piccoli, G.B. Pregnancy in dialysis patients: is the evidence strong enough to lead us to change our counseling policy? / G.B. Piccoli, A. Conijn, V. Consiglio et al. // Clin. J. Am. SocNephrol. – 2010. - V.5. – P. 62-71.

СОСТОЯНИЕ Фолликулярного резерва в результате ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ

Н.Т. Джанузаков, А.О. Атыканов, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из самых распространенных патологий репродуктивной системы женщин, частота

которого колеблется до 11%, а у 94% женщин сопровождается бесплодием [1]. В лечении СПКЯ хирургические (лапароскопические) методы являются основными, направленные на удаление избытка андрогенсекретирующей стромальной ткани яичников [2]. Однако, при двухсторонней электростимуляции зачастую происходит чрезмерная редукция фолликулярного резерва [3].

При СПКЯ в несколько раз увеличивается продукция анти-мюллерового гормона (АМГ), являющийся трансформирующим фактором роста бетта. АМГ характеризует фолликулы на стадии, предшествующей гормонально-зависимому росту, а прекращение его продукции является важным условием для селекции доминантного фолликула [4].

Цель работы: определить состояние фолликулярного резерва яичников по контрацепции АМГ в результате применения в лечении электростимуляции поликистозных яичников у женщин с бесплодием.

Материал и методы

Объектом исследования явились 20 женщин с СПКЯ в возрасте моложе 35 (29 ± 32) лет, страдающих первичным бесплодием (клиническая группа). Диагноз верифицировали на основании критериев Роттердамской согласительной конференции по СПКЯ [5]. Показанием к электростимуляции яичников являлось первичное бесплодие и отсутствие эффекта от консервативной стимуляции яичников. Для сравнения уровня АМГ у женщин с СПКЯ, обследованы 20 женщин без нарушения менструального цикла и имевших физиологические роды в анамнезе (контрольная группа).

Для электростимуляции использовался лапароскопический метод на аппарате фирмы «RichardWolfKuzeStors - Endoscope» (Германия) и монитора фирмы «Panasonic» (Япония). Концентрация АМГ в сыворотке крови определялась методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем фирмы «Human» (Германия).

Статистическую обработку полученных результатов проводили методом вариационной статистики на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ прикладного статистического анализа (StatisticforWindowsv.6.0).

Результаты и обсуждение

Как видно из данных рисунка 1, уровень АМГ в сыворотке крови у женщин клинической группы фактически в 9 раз превышает значение у женщин контрольной группы ($P < 0,001$). После проведения двухсторонней электростимуляции (каутеризации) яичников, концентрация АМГ в сыворотке значимо снизилась по сравнению с периодом до операции ($P < 0,001$) и незначительно, но достоверно, превышал показатель контрольный группы ($P < 0,05$).



Рисунок – Значение уровня АМГ в сыворотке крови у обследованных женщин

Примечание: * - достоверность по сравнению с контрольной группой
(*) – достоверность по сравнению с клинической группой до операции

На сегодняшний день нет единого мнения о нормативных значениях АМГ у женщин. В исследованиях D. Dewailly и соавторов (2011) [6] оптимальное пороговое значение АМГ, равное 5 нг/мл, характеризовалось высокой чувствительностью (92%) и специфичностью (97%) при диагностике СПКЯ. В исследовании F.R. Tehrani и соавторов (2010) [7] расчетный возраст менопаузы вычислялся при уровне АМГ < 0,2 нг/мл. Уровень концентрации АМГ в сыворотке крови точно отражает число антральных фолликулов в яичниках и является диагностическим маркером СПКЯ [8].

Следовательно, при проведении двухсторонней электростимуляции яичников в наших исследованиях не достигли критического уровня фолликулярного резерва и не выходили за пределы популяционных колебаний, соответствующий диапазону колебаний 0,9-2,5 нг/мл, несмотря на несколько повышенный результат по отношению к значению контрольной группы.

Выводы. Применение в лечении двусторонней электростимуляции яичников при СПКЯ у женщин не сопровождается выраженной редукцией фолликулярного резерва.

Литература

1. Манухин, С.Б. Синдром поликистозных яичников / И.Б. Манухин, Т.А. Назаренко, Э.Р. Дурина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2010. - №2. – С. 52-55.

2. Корсак, В.С. Влияние резекции яичников на их функциональный резерв / В.С. Корсак, В.Н. Парусов, А.А. Кирсанов и др. // Проблемы репродукции. – 1996. - №4. – С. 63-67.
3. Fanchin, R. Hormonal manipulation in the luteal phase to coordinate subsequent antral follicle growth during ovarian stimulation / R. Fanchin, D.H. Mendez-Lazano, L.M. Schonauer et.al. // Reprod. Biomed Online. – 2005. – V.10. - №6. – P. 721-728.
4. Pelatt, L. Anti-Mullerian hormone and polycystic ovary Syndrome: a mountain too high? / L. Pelatt, S. Rice, H.D. Mason // Reproduction. – 2010. – V. 139. - №5. – P. 825-833.
5. Rotterdam ESRE/ASPM – Sponsored PCOS Consensus Work – Shop Group (2004) Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome // Hum. Reprod. – 2004. – V.19. – P. 41-47.
6. Dewailly, D. Diagnosis of polycystic ovary syndrome (PCOS): revisiting the threshold values of follicle count on ultrasound and of the serum AMH level for the definition of polycystic ovaries / D. Dewailly, H. Gronier, E. Poncelet et. al. // Hum. Reprod. – 2011. – V. 26. - №1. – P. 131-139.
7. Tehrani, F.R. Is polycystic ovary syndrome an exception for reproductive aging? / F.R. Tehrani, M. Solaymani-Dodaran, M. Hedayati, F. Azaz // Hum. Reprod. – 2010. – V. 25. - №7. – P. 1775-1782.
8. Pighy P. Serum anti-Mullerian hormone as a surrogate for antral follicle count for definition of the polycystic ovary syndrome / P. Pighy, S. Jonard, Y. Robert, D. Dewailly // J. Clin. Endocrinolmetabol. – 2006. - V. 91. - №3. – P. 941-945.

ОСЛОЖНЕНИЯ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В АКУШЕРСТВЕ

**К.С. Исмаилов, Г.У. Асымбекова, Т.А. Сарымсакова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

В настоящее время проводниковая анестезия имеет большую популярность в акушерской практике [2,4,6]. Почти все операции кесарево сечения проводится под спино-мозговой анестезией, тогда как обезболивание родов сопровождается эпидуральной анестезией [1]. К основным осложнениям относится постпункционная головная боль (ППГБ), которая вызвана потерей цереброспинальной жидкости через прокол твердой мозговой оболочки, возникающая в течение 5 дней после люмбальной пункции и сопровождающаяся напряжением мышц шеи и / или симптомами гипоакузии [3,5]. Частота его развития при проведении спинальной анестезии и эпидуральной анестезии существенно различается [8]. При пункции твердой мозговой оболочки иглой для спинальной

анестезии частота развития ППГБ составляет от 2 до 12% [7,9]. При проведении эпидуральной анестезии очень часто происходит непреднамеренная пункция твердой мозговой оболочки и, поскольку размеры эпидуральной иглы существенно больше спинальной иглы и поэтому ППГБ развивается в 50% случаях [10,11].

Цель исследования: Выявить причину и частоту возникновения постпункционной головной боли (ППГБ), при нейроаксиальных анестезиях в акушерской практике.

Материалы и методы

Нейроаксиальных анестезий проведено у 843 беременных, которые наблюдались и были родоразрешены в клинике профессора Асымбековой., из них кесарево сечение с использованием спинномозговой анестезии (СМА) было проведено у 675 пациентов и у 168-х – эпидуральная анестезия (ЭА) с целью обезболивания родов. Средний возраст наблюдаемых беременных женщин составил $29,4 \pm 5,2$ лет. Из них первобеременных было 47%, повторнобеременных – 53%. Используемые размеры игл при СМА: G25, G26, G27. Препараты вводимые, при СМА «Бупивокаин» 0,5%, 2,0-3,0 мл. и «Фентанил» 0,005% - 0,1мл. Размер иглы при ЭА – G18, вводили при ЭА «Бупивокаин» 0,125% - 12,0-14,0 мл.

Результаты исследования

Из 843 пациенток с нейроаксиальной анестезией ППГБ выявлена в 22-х случаях, что составило 2,6%. ППГБ встречалась в основном при СМА-91%, тогда как при ЭА ППГБ встречалась в 9%. Легкая степень ППГБ было выявлено у 91% пациенток. Умеренная ППГБ было выявлено у 9% пациенток. У всех пациенток появление головной боли было отсрочено, среднее время развития ППГБ составляет 7 часов после пункции твердой мозговой оболочки.

По нашим данным, при определении зависимости ППГБ от попытки пункции и диаметра иглы были выявлены следующие закономерности: при 1 попытке иглами G 27, G26, G25 составило 4,5%; при 2 попытке иглами G 27, G 26 составило 13,6%; при 2 попытке иглой G 25 составило 9,0%; при 3 попытке и выше иглой G 27 составило 31,8%; при 3 попытке и выше иглой G 26 составило 18,2%.

Таким образом, была выявлена закономерность увеличения жалоб на головную боль от количества попыток, т.е. 3 и более попыток люмбальной пункции, тем больше ППГБ вне зависимости от диаметра иглы.

При оценке характера головных болей выявлено, что головная боль двустороннего характера, начинается в лобной или затылочной области, позже распространялось на все области. При ППГБ характерно “тупая/ноющая,” “пульсирующая”, или “давящая”, усиливающиеся при вертикализации пациента и снижающиеся в положении лежа. Усиление или снижение выраженности головной происходило не сразу, а через 5-15 мин после изменения положения тела.

При постановке диагноза ППГБ мы проводим базовую консервативную терапию: постельный режим (при наличии умеренных и тяжелых ППГБ, появлении неврологической симптоматики); положение в кровати - наиболее удобное для пациента; инфузионная терапия; анальгетики (нестероидные противовоспалительные препараты, опиаты и т.д.) при сильных головных болях; противорвотное (по показаниям). Консервативная терапия проводится в течение 48 часов от поставленного диагноза ППГБ. По нашим данным ППГБ проходит самостоятельно в 60% случаев течение 4 дней и 20% в течение недели, 20% ППГБ затягиваются более 7 дней, даже несмотря на консервативное лечение.

Таким образом, ППГБ чаще появляется при спинальной анестезии и зависит от количества попыток, используя иглы G27 количество попыток увеличивается в сравнении с иглами G26. Своевременная профилактика и лечение в больнице проходит без отдаленных последствий и осложнений.

Литература

1. Айткенхед, А.Р. Анестезиология / А.Р. Айткенхед, Г. Смит, Д.Дж. Роуботам. - С. 661-662.
2. Лахин, Р.Е. Клинические случаи консервативной терапии развития головных болей после спинальной анестезии / Р.Е. Лахин // Вестник интенсивной терапии. – 2017. - № 4. - С. 76-79.
3. Akdemir, M.S. The Postdural Puncture Headache and Back pain the compression of 26-gauge Atraucan and 26-gauge Quincke Spinal Needles in obstetric patients / M. S. Akdemir et al. // Anesth. Essays Res. - 2017. - Vol. 5, № 2. - P. 458-462.
4. Amorim, J.A. Post-dural puncture headache: Risk factors and clinical features / J.A. Amorim, M.V. Gomes de Barros, M.M. Valenca // Cephalalgia. - 2012. - Vol. 32, № 12. - P. 916-923.
5. Arzola, C. Ultrasound imaging for lumbar punctures and epidural catheterizations: systematic review and meta-analysis / C. Arzola, J.C.A. Carvalho, J. Beyene. - 2013. - Vol. 1720, № 3. - P. 1-11.
6. Basurto Ona, X. Drug therapy for treating post-dural puncture headache / Basurto Ona X., Osorio D., Bonfill Cosp X. et al. // Cochrane Database Syst. Rev. - 2015. - № 7. - P. 78-87.
7. Davoudi, M. Effect of position During Spinal Anesthesia on Postdural Puncture Headache after Cesarean Section: A prospective, Single-Blind Randomized Clinical Trial / M. Davoudi et al. // Anesthesiol. Pain Med. - 2016. - Vol 6, № 4. - P. 35-48.
8. DelPizzo, K. Post-Dural Puncture Headache is Uncommon in Young Ambulatory Surgery Patients / K. DelPizzo et al. // HSS J. - 2017. - Vol. 13, № 2. - P. 146-151.
9. Khraise, W.N. Assessment of risk factors for postdural puncture headache in woman undergoing cesarean delivery in Jordan: a retrospective analytical study / W.N. Khraise et al. // Local Reg. Anesth. - 2017. - Vol. 10. - P. 9-13.

10. Metin, K.M. Chronic subdural hematoma following spinal anesthesia for cesarean section / K.M. Metin et al. // J. Exp. Ther. Oncol. - 2017. - Vol. 11, № 2. – P. 97-99.
11. Xu, H. Comparison of cutting and pencil-point spinal needle in spinal anesthesia regarding postdural puncture headache: A meta-analysis / H. Xu et al. // Medicine (Baltimore). – 2017. - Vol. 96, № 14. - P. 522-527.

ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖГОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

Б.С. Карыпбеков^{1,2}, Ш.А. Ибраимов¹,

¹Кыргызско-Российский Славянский университет,

**²Национальный центр охраны материнства и детства,
г. Бишкек, Кыргызстан**

Актуальность. Химические ожоги занимают первое место среди всех заболеваний пищевода у детей. Широкое внедрение химии не только в промышленность, но и в быт населения приводит к увеличению отравлений детей с различными химическими веществами [1,5], часто способных вызывать тяжелые ожоги пищевода, иногда и желудка [3]. В тех случаях, когда первая помощь при ожогах не оказывается или имеются глубокие поражения пищевода, заболевание протекает тяжело, сопровождается явлениями шока, выраженной интоксикацией, дисфагией и местной воспалительной реакцией, в перспективе возникает угроза рубцового сужения пищевода [4,6]. Для ожогов пищевода щелочами характерно более тяжелое течение и глубокие повреждения, такие ожоги часто сопровождаются разрывом пищевода, медиастинитом, гнойными осложнениями, желудочным кровотечением [1].

Цель исследования: Разработать комплексную тактику лечения послеожоговой стриктуры пищевода у детей.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы данные 54 больных, пролеченных в НЦОМид за последние 5 лет с послеожоговыми стриктурами пищевода.

Гастростома была наложена 49 детям с тяжелой формой стриктуры пищевода.

Больным кроме изучения анамнеза обстоятельства травмы, проводили локальный и общий осмотр. Изучались общеклинические анализы, осмотр ЛОР врачей, ЭФГДС, по необходимости рентгеноконтрастные исследования пищевода.

Результаты и их обсуждение

Из всех больных 54 детей с рубцовым сужением пищевода, встретились мальчики -36 (67%), девочки 18 (33%). В гендерном соотношении больных приведена в рисунке 1.

Как видно из диаграммы наиболее часто ожоговые стриктуры пищевода наблюдались у мальчиков 36 (67%) случаев, у девочек 18 (33%).

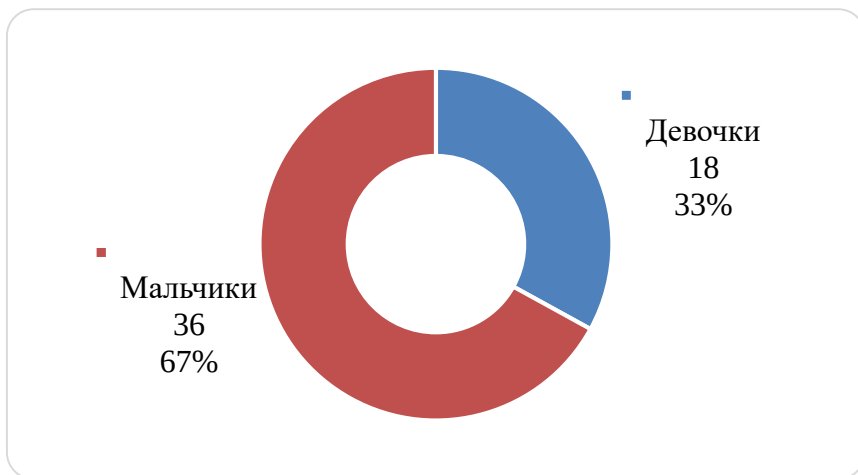


Рисунок 1 - В возрастном аспекте данные с химическими ожогами пищевода приводятся в таблице 1.

Таблица - Частота ожога пищевода в зависимости от возраста

Возраст	Частота	Процент
До 3х лет	16	30%
3-6 лет	22	41%
6-9 лет	12	22%
9-12 лет	4	7%

Как видно из таблицы наиболее часто подвержены к ожогам пищевода дети в возрасте от 3 до 6 лет 22 (41%).

При изучении характера химического вещества наиболее тяжелые ожоги пищевода вызывают при попадании чистящего средство «Аврора» - у 26 (48,1%) больных, уксусная эссенция – у 13 (24,1%), каустическая сода – у 10 (18,5%), и другие химические агенты в 5 (9,3%) случаях.

В Национальном центре охраны материнства и детства разработана тактика лечения послеожоговых рубцовых стриктур, которая обнаружена у 54 детей. Большую часть стенозов пищевода удастся ликвидировать с помощью бужирования. Для бужирования использовали: бужирование в слепую и бужирование за нить (рисунок 2). Для бужирования за нить гастростома была наложена 49 детям с тяжелой формой стриктуры пищевода, так как ни один из перечисленных методов по своей безопасности не может сравниться с бужированием за нить, дающим наименьшее число перфораций пищевода. Гастростома также необходима для полноценного

питания больного и дальнейшего обследования пищевода. В нашей клинике чаще используют наиболее простой метод гастростомии – по Кадеру с выведением трубки через отдельный разрез. Через 2–3 недели после наложения гастростомы повторяют эндоскопическое исследование – прямую и ретроградную (через гастростому) эзофагоскопию. С помощью эндоскопических щипцов, проведенных через канал эндоскопа, ретроградно проводят нить через стеноз для бужирования. Методом бужирования в слепую пролечено 5 (9%) детей, за нить 49 (91%) детей.

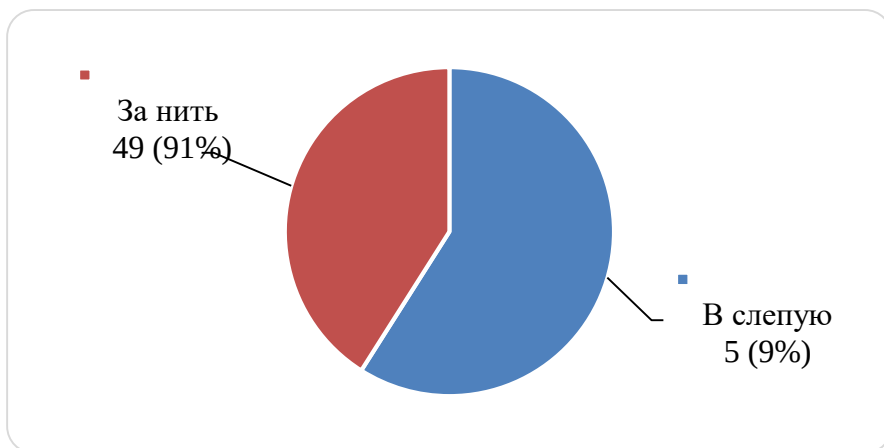


Рисунок 2

Техника бужирования: начинают с применения минимального размера бужа, проходящего через стеноз; манипуляции выполняют 2–3 раза в неделю, доводя размер бужа до превышающего возрастной. После устранения стеноза дети начинают питаться через рот, гастростомическую трубку удаляют, а гастростомическое отверстие суживается вокруг нити. Детей выписывают на амбулаторное бужирование. При бужировании строго придерживаемся возраст и номер буже по Шкале Шарьера. У детей до 6 месяцев буж № 28–30, 6 мес–1 год № 30–32, 1–2 года № 32–36, 2–5 лет № 36–38, 5–8 лет № 38–40, старше 8 лет № 40–42.

Как выше отмечено, наиболее безопасными способами бужирования признаны: бужирование за нить и данным методе частота осложнений минимальна, либо отсутствует. Данные способы сопоставимы между собой и приоритет в выборе того или иного метода зависит от оснащенности стационара, потока больных и квалификации специалистов. Большинство авторов сходятся во мнении, что за одну манипуляцию нет необходимости производить дилатацию более 3–4 размеров бужа с последующим повтором манипуляции через 2–3 суток. Бужирование проводят в стационаре 3 раза в неделю. Длительность лечения бужированием определяют после повторной

ФЭГДС через 3 недели после ожога пищевода. Если при этом происходит полная эпителизация (ожог II степени), бужирование прекращают и больного выписывают под диспансерное наблюдение с последующим эндоскопическим контролем через 2–3 месяца.

При глубоком ожоге (III степень) продолжают бужирование 3 раза в неделю еще в течение 3 недели. Затем выполняют контрольную ФЭГДС и выписывают ребенка на амбулаторное бужирование I раз в неделю в течение 2—3 мес., затем 2 раза в месяц в течение 2–3 мес. и 1 раз в месяц в течение полугода, контролируя течение ожогового процесса в пищеводе с помощью ФЭГДС каждые 3 месяца.

Выводы.

1. Метод бужирования вслепую и через нить прост в исполнении и может быть использован без применения дорогостоящей аппаратуры и дополнительной лучевой нагрузки на врача и больного.

2. Удалось добиться хороших и удовлетворительных результатов – была восстановлена проходимость пищевода у всех детей (98%).

Литература

1. Алексеевко, С.И. Диагностика химических ожогов пищевода у детей методом эндоскопической ультрасонографии / С.И. Алексеевко, Ю.К. Янов, В.Г. Баиров и др. // Российская оториноларингология. - 2009. - № 5. - С. 3-8.
2. Баиров, Г.А. Срочная хирургия детей: руководство для врачей / Г.А. Баиров. - СПб., 2007. - С. 464.
3. Богопольский, П.М. Хирургия пищевода: руководство для врачей / П.М. Богопольский, Ф. С. Курбанов. - М.: Медицина, 2011. – С. 235-250.
4. Ванцян, Э.Н. Повреждения пищевода при бужировании / Э.Н. Ванцян, А.Ф. Черноусов, В.И. Чиссов // Хирургия. - 2006. - № 4. - С. 83-85.
5. Ивашкин, В.Т. Болезни пищевода / В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов. - М.: Трида-Х, 2000. – С. 125-130.
6. Рысс, Е.С. Болезни органов пищеварения / Е.С. Рысс, Б.И. Шулуток. - СПб.: Ренкор, 2008. – С. 130-135.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ВЕСТА

Т.О. Мусабекова, А.Р. Упаева, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Синдром Веста — это эпилептическая энцефалопатия раннего возраста, связанная с инфантильными спазмами, регистрацией на ЭЭГ гипсаритмии развитием неврологической симптоматики. Синдром Веста мультифакториальный по природе и в 64% случаев, имеет структурная, метаболическая, генетическая или инфекционная этиология. Так врожденные нарушения обмена веществ были обнаружены примерно у 3–22% детей с инфантильными спазмами, в том числе патология обмена

аминокислот, глюкозы, окисления жирных кислот, металлов, дефицита пиридоксина и ацидурии. (SedaS, SolomonL, AristeaS., 2018г.). В этих условиях этиологическая диагностика синдрома Веста значима в прогностическом плане и определении тактики лечения.

Целью нашего описания клинического случая явилось редкое сочетание инфантильных спазмов и идиопатического гиперинсулинизма.

Клинический случай: из акушерско-педиатрического анамнеза больного О., 7 месяцев известно, что ребенок от 5 беременности, 4 родов. Настоящая беременность пятым ребенком протекала на фоне выраженного токсикоза 1-го триместра, роды в сроке 40 недель самостоятельные, по шкале Апгар 7-8 б. Из анамнеза заболевания известно, что первые приступы начались в виде вздрагиваний в сентябрь 2018 г. с 2 месяцев после вакцинации АКДС, так на 2 сутки после прививки появились вздрагивания до 4-5 раз, сопровождавшиеся сильным плачем, в связи с чем ребенок госпитализирован в реанимацию ГКБ г. Джалал-Абад. Ребенок был вялый и не сосал, приступы продолжались и купировались диазепамом. В последующем был переведен в НЦОМИД, где выяснилось, что уровень глюкозы в сыворотке крови составил 1,6 ммоль/л, и впервые выставляется диагноз гиперинсулинизм. Через 30 дней присоединились флексорные спазмы при пробуждении, которые носили серийный характер до 20-30 раз, с назначением депакина (сиропа) 20 мг/кг в сутки, без эффекта от проводимого лечения.

Кроме того, установлено, что первые роды у матери здоровым ребенком, вторые роды в срок, но позже у ребенка в 6 месяцев появились эпилептические приступы, затем он был прооперирован по поводу глиомы головного мозга и умер на втором году жизни. Третья беременность закончилась выкидышем на ранних сроках, а четвертая беременность на 28 неделе завершилась преждевременными родами с летальным исходом на первом месяце жизни ребенка.

В момент осмотра в неврологическом статусе: окружность головы - 42 см, большой родничок закрылся в 2 месяца. ЧМН: взор фиксирует, периодически следит, носогубные складки симметричные, отмечается периодическое поперхивание, положительные рефлексы орального автоматизма, сухожильные, периостальные рефлексы угнетены, мышечный тонус во всех конечностях снижен. Психомоторное развитие: не держит голову, не сидит, на животе не упирается на руки, не улыбается.

Дополнительные методы исследования: ежедневный самостоятельный мониторинг глюкометром на фоне угнетения сознания показывает гипогликемию, которая варьировала от 1,5 ммоль/л до 2,8 ммоль/л. На магнитно-резонансной томографии головного мозга на аппарате с разрешением 1,5 Тесла, проведенный в частном центре г. Бишкек от 15.10.2018 г. в головном мозге и гипофизе морфологических изменений не было обнаружено. На позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии от 20.12.2018 г. проведенная в г. Астана, не выявляется картина

метаболически активных изменений, чувствительных на позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии. После ребенок был отправлен в центр репродукции г. Бишкек, где прошел цитогенетическое исследование 15.01.2019 г., где обнаружено нормальный хромосомный набор 46XY и без видимой хромосомной патологии. В связи с неэффективностью проведенного противосудорожного лечения, был направлен на ЭЭГ видеомониторинг 07.02.2019 г., где на ЭЭГ межприступного периода: биоэлектрическая активность головного мозга по амплитудно – частотным показателям изменена, на протяжении всей записи бодрствования и сна регистрируется гипсаритмия по типу вспышки-угнетения, как типичный вариант, так, и атипичного варианта с регионарным акцентом по задним отделам (рисунок 1, 2).

Иctalное ЭЭГ: На ЭЭГ в момент вздрагивания регистрируется купирование гипсаритмии (вначале перед приступом регистрировался вариант гипсаритмии по типу вспышка-угнетение) и отмечаются полиморфные медленные волны с акцентом над левыми лобными и передне-височными отделами в течение 3 секунд, и с последующей регистрацией комплексов острая-медленная волна над O2 потом и T6 с частотой 1,5 – 2 – 3 – 4 – 5-5,5-4Гц (рисунок 3) и появлением диффузной ритмичной активности в том же диапазоне длительностью до 20 сек. После начала урежения 3,5 – 3 – 2-1,5Гц комплексов острая-медленная волна над O2, которая продолжается в течение 8 сек, отмечается регресс диффузной ритмичной активности. На видео-ЭЭГ в начале регистрируется фокальный приступ в виде спазма с разведением рук и напряжением с последующим переходом в клонии в левой руке до 5 сек и после на видео-ЭЭГ не отмечается клинические события, хотя продолжается регистрироваться иctalный паттерн. В момент приступа глаза закрыты. После приступа регистрируется диффузная дельта-тета активность с последующим переходом в гипсаритмию по типу вспышки –угнетения.

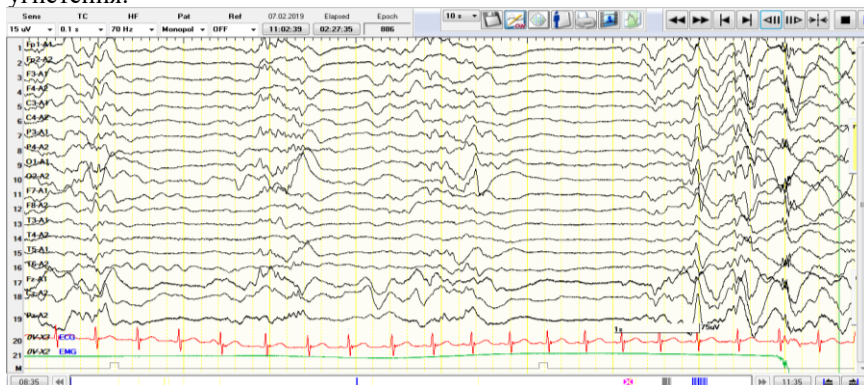
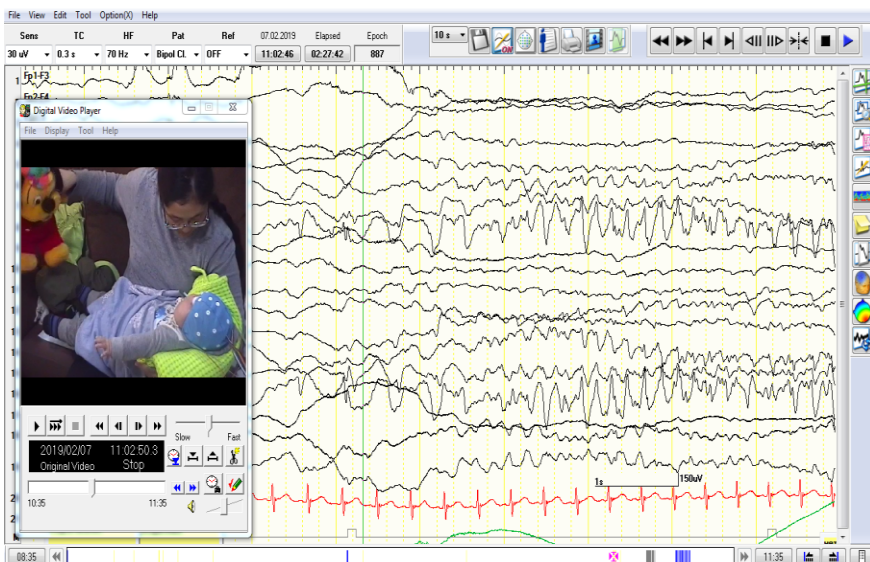
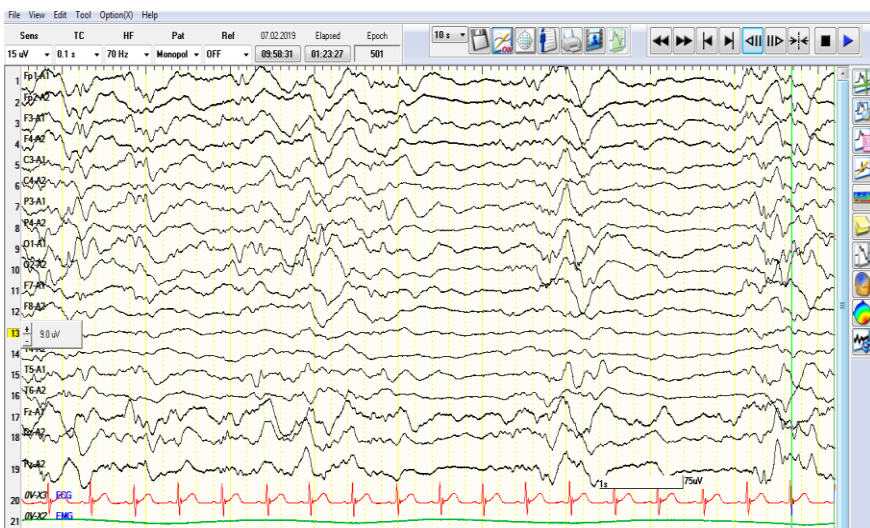


Рисунок 1 - ЭЭГ сна, больного 7 месяцев гипсаритмия, вспышка-угнетение



Клинический диагноз: Синдром Веста. Сопутствующий диагноз: Гиперинсулинизм.

Таким образом, в описанном случае имели приступы в виде флексорных спазмов имеющий серийный характер. Дебют заболевания произошел на 2 день после поликомпонентной вакцины АКДС на 2 месяце жизни, с верификацией на видео-ЭЭГ мониторинге гипсаритмии, как типичный паттерн и вспышки-угнетение, как атипичный феномен при синдроме Веста. Также синдром Веста у ребенка О., протекал на фоне идиопатического гиперинсулинизма, а также со стороны анамнеза прослеживается фетальная отягощенность.

В заключение необходимо констатировать, что развитие синдрома Веста проявляется в раннем возрасте, где значимо временная и пространственная когерентность в рамках метаболических расстройств и требует более углубленного исследования с использованием видео-ЭЭГ мониторинга для определения стратегии ведения и оценки эффективности проведенного лечения.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОФИЛИИ «А» У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Ж.Ш. Мустапаева, Ж.Ж. Усупбекова, Р.К. Мотушева,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Актуальность. Гемофилия одно из самых тяжелых генетических заболеваний, которая вызвана врожденным отсутствием в крови факторов свертывания VIII (гемофилия А) и IX (гемофилия В) или XI (гемофилия С). По данным ВОЗ, составляет в странах Западной Европы распространенность гемофилии А составляет 1:10000, лиц мужского пола [1]. Ген, являющийся носителем гемофилии – рецессивный. Передается он только с X хромосомой. Обычно болезнью страдают мальчики, девочки являются носителями, которые сами ей обычно не болеют, но могут родить больных сыновей или дочерей-носительниц. Хотя болезнь на сегодняшний день неизлечима, её течение контролируется с помощью инъекций недостающего фактора свёртываемости крови, чаще всего выделенного из донорской крови. В целом современные пациенты с данным диагнозом при правильном лечении живут столько же, сколько и здоровые люди [1,3,7].

Протекание болезни сопровождается частыми кровоизлияниями в мягкие ткани, суставы и внутренние органы. В силу специфики протекания болезни первым страдает опорно-двигательный аппарат. Для гемофилии характерен гематомный тип кровоточивости. Спонтанно или в результате незначительных травм возникают кровоизлияния в суставы с постепенным формированием хронических гемофилических артрозов, постепенно развивается ограничение движений в суставах, что приводит к ранней инвалидизации больного. Кроме того, нередко возникают почечные кровотечения, кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного

тракта, забрюшинные, межмышечные гематомы, кровоизлияния в кожу. При черепно-мозговых травмах возможно развитие внутримозговых гематом. Кровотечения способствуют развитию нарушений со стороны жизненно важных органов и систем, которое может привести к смерти больного [6,4]. В связи с частыми кровотечениями, выраженными нарушениями двигательной функции суставов, коморбидности и сочетанной патологии в большинстве случаев больные гемофилией являются инвалидами 1-2 группы и не принимают участие в общественно-полезном труде. Те немногие инвалиды, которые продолжают работать или учиться, вынуждены часто оформлять лист временной нетрудоспособности на период лечения по поводу очередного кровотечения [1,8]. Благодаря эффективной организации оказания гемостатической помощи, проведению профилактической гемостатической терапии, больные гемофилией могут активно участвовать в социальной жизни, тем самым повышать качество жизни. Из вышеперечисленных данных можно говорить, что данная патология ухудшает не только уровень здоровья, но и уровень образования, и трудоспособности населения страны, что непосредственно влияет на развитие страны. Тем самым Гемофилия является наиболее актуальной в современной медицине, которая определяется тяжестью данного заболевания, формированием у больных гемофилией коморбидности, а также сочетанной и сопутствующей патологии, высокой стоимостью лечения, с одной стороны, и наличием реальной возможности сохранить жизнь этим пациентам, обеспечить высокое качество жизни [5,1,2].

Цель исследования: Выявить особенности клиники и типа наследования гемофилии А у детей. Новые направления и перспективы в лечении гемофилии А в Кыргызстане

Материалы и методы

Исследование проводилось в отделении гематологии на базе Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид). В результате исследования были обследованы 123 детей гемофилией А. Был использован специально разработанный вопросник. Опрос проводился на кыргызском или русском языках с учетом предпочтений респондентов. Структурно вопросник был акцентирован на следующие пункты:

1. Наличие наследственной отягощенности в отношении наличия кровотечения у родственников, особенно по материнской линии;
2. Ранее были ли проведены лечения антигемофильными препаратами (когда, после чего и какие были результаты).

Объективно исследование включало: общеклиническое обследование и специальные исследования:

1. Визуальное исследование больных с акцентом на наличие гематом, гемартрозов (т.к. является характерным признаком гемофилии);
2. Пальпация и измерение подвижности суставов;
3. Рентгенография суставов;

4. Консультация узких специалистов (стоматолог, уролог, нефролог, отоларинголог);
5. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза;
6. Активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ);
7. Определение свертывающей системы и развернутый ОАК.

Результаты исследования

Наследственность по отцовской линии у детей с гемофилией А рассматривали как один из факторов развития данного заболевания у ребенка. В связи с тем, что наследование этого заболевания рецессивное и сцеплено с X хромосомой и дети с гемофилией в основном это лица мужского пола. Рождение ребенка с гемофилией возможно в браке мужчины с женщиной носителем патологического гена.

В данной группе больных детей с гемофилией А отмечалось отягощение наследственности по отцовской линии у 36 (34,9%), а 48 (46,6%) пациентов отрицали наследование по отцовской линии и у 19 (18,5%) детей не было информации по типу наследования (рисунок 1).

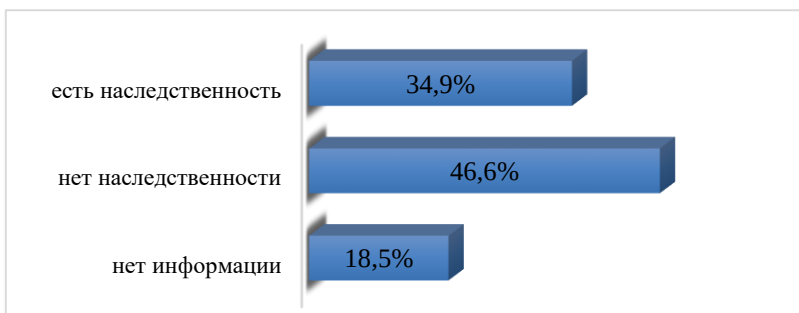


Рисунок 1 – Наследственность по отцовской линии у детей с гемофилией «А»

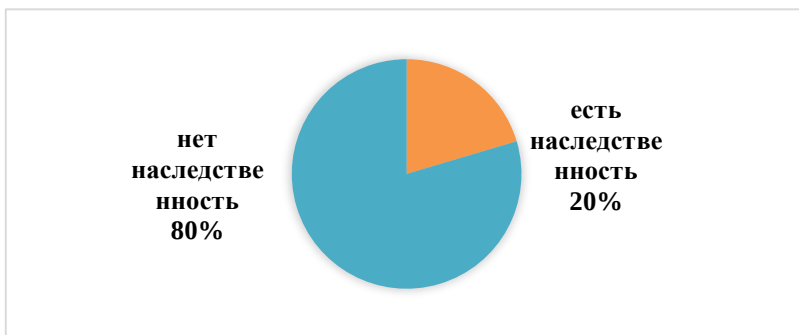


Рисунок 2 – Наследственность по материнской линии у детей с гемофилией «А»

В данной группе детей отягощенность по материнской линии имело место у 21 (20,4%), а у 82 (79,6%) пациентов не было наследования по материнской линии (рисунок 2).

Таким образом, у 36 (34,9%) детей - наследственность по отцовской линии и у 21 (20,4%) больных - наследованная отягощенность по материнской линии. Так как гемофилией болеют только дети мужского пола, отцы у данных пациентов болели гемофилией, матери детей- были носителями. Что имело место развития заболевания у мальчиков и возможно имело место провоцирующий фактор запуска механизма заболевания.

Рассматривалась наследственность у больных гемофилией по линии первого и второго родства, т.е. ближайших родственников по отцовской и материнской линии. Как видно из таблицы данной группы детей у 21 (20,4%)-имело место гемофилии у родного брата, у 36 (35%) пациентов гемофилией страдала бабушка пробанда, у 7 (6,8%)- заболевание имело место у дедушки. У 13 (12,6%) больных – заболевания было у дяди, а у 11 (10,7%) детей гемофилией страдали тети, а у 15 (14,6%) пациентов не было информации по поводу наследования заболевания (таблица 1).

Таблица - Наследование гемофилии по первой и второй линии родства

Степень родства	Количество	%
Бабушка	36	35,0
Брат	21	20,4
Неизвестно	15	14,6
Дядя	13	12,6
Тетя	11	10,7
Дедушка	7	6,8
итого	103	100

Из обследованных больных у 73 (73%) матерей беременность протекала без осложнений, у 9 (9%) матерей имело токсикозы в первой половине беременности в виде тошноты и рвоты в первой половине дня, а у 1 (1%) - токсикозы тяжелой степени в течение всей беременности в виде тошноты и рвоты, которая получала стационарное лечение. А у 10 (10%) матерей беременность протекала на фоне анемии и в течении всей беременности принимали препараты железа. У 7 (7%) респондентов беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности и лечились в стационарных условиях, и у 3 (3%) пациентов во время беременности были обострения заболеваний со стороны ЖКТ.

При исследовании было выявлено, что 89% детей родились в срок, 10% переношенные и 1% родились преждевременно.



Рисунок 3 – Распределение респондентов в зависимости от срока родов

Из числа обследованных пациентов с гемофилией А наибольшее количество детей 83 (80,6%) находились на естественном вскармливании до 1 года, на искусственном вскармливании с рождения были 20 (20,9%), и на смешанном вскармливании был 1 (1,0%) респондент.

У 80 (77,7%) детей до проявления заболевания получили все профилактические прививки в соответствии национальному календарю КР. 23 (22,3%) ребенка получили прививки только в родильном доме и первые месяцы жизни, в дальнейшем были медицинские отводы: в связи рисками межмышечных гематомат и кровотечениями с места инъекции у детей.

При изучении сопутствующих заболеваний установлено чаще всего диагностировались ОРВИ (90,3%).

Заболевания ЛОР-органов, таких как гнойный отит, хронический тонзиллит и острые фарингиты, ларингиты встречались у 5 (4,9%) пациентов. Бронхолегочные заболевания (обструктивный бронхит, пневмония) были у 3 (2,9%) пациентов которые протекали на фоне симптомов интоксикации и обструктивным компонентом а у 2 (1,9%) детей имело место течение рецидивирующей крапивницы в сочетании с отеком Квинке, провоцирующим фактором данного заболеванием данного заболевания было применение лекарственных препаратов из группы НПВС.

При исследовании было также выявлено что тип кровоточивости у детей при гемофилии А- гематомный. У респондентов в основном поражаются опорно-двигательная система (синовитами, бурситами, и т.д.). В результате опроса было выявлено что данные пациенты регулярно соблюдают щадящий режим, но несмотря на это 3-5 раз в год попадают в стационарное лечение с вышеизложенными жалобами.

Заключение. В результате нашего исследования было выявлено что, самым главным фактором в развитии Гемофилии А, является генетический фактор, особенно наследование по второй линии пробанда, а именно бабушка является основополагающим (35,0%), второе место имеет быть

братья исследуемого (20,4%), последним влияющим в наследовании были дедушки пробанда (6,8%). Также в исследовании было выявлено, что течение беременности и родов и характер питания пациентов до года не влияет на тяжесть течения данной патологии. Наличие регулярности профилактических прививок тоже не является провоцирующим фактором Гемофилии А. А также, у всех пациентов первым поражаются опорно-двигательная система. При изучении преморбидного фона детей самой частой инфекцией был ОРВИ (90,3%).

Литература

1. Антонова, И.Ф. Социально-психологическая адаптация детей, больных гемофилией, Тезисы докладов XV межвузовской научной конференции молодых ученых / И.Ф. Антонова. - Минск, 2012. – С. 248.
2. Бувич, Е.И. Особенности сосудисто-тромбоцитарных нарушений и генетический полиморфизм системы гемостаза у больных гемофилией с мезенхимальной дисплазией / Е.И. Бувич, Е.Ф. Котовщикова, И.В. Богданова // Вестник алтайской науки. – 2009. - №1, вып. 4. – С. 180.
3. Горбунова, В. Н. Медицинская генетика: учебник для студентов медицинских вузов и слушателей последиplomного образования / В. Н. Горбунова. – СПб.: СПбГУ. – 357 с.
4. Ландышев, Ю. С. Клиника, диагностика и лечение геморрагических заболеваний и синдромов: учебное пособие / Ю. С. Ландышев, В. В. Войцеховский. - Благовещенск, 2008. – 133 с.
5. Сворцов, В. В. Актуальные вопросы диагностики и лечения гемофилий / В.В. Сворцов, А.В. Тумаренко, И.Г. Шевченко. – 2014. –С. 3-6.
6. Третьякова, О.С. Гемофилия у детей: этиопатогенез, клинические проявления, диагностические подходы / О. С. Третьякова – 2012. – С. 76.
7. Inhibitors to Factor VIII: Mild and Moderate Hemophilia (Pages: 59-63) published. – 2016. – P. 46-48.
8. Textbook of Hemophilia, 3 Erik E. Berntorp MD, PhD, W. Keith Hoops MD, published: 24 April 2014. – P. 178-179.

ЭТИОСТРУКТУРА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДО ДВУХ МЕСЯЦОВ

Ф.Р. Насирдинов¹, С.Дж. Боконбаева¹, Г.А. Джанабилова²,

¹Кыргызско-Российский Славянский университет,

²ГДКБ СМП, г. Бишкек, Кыргызстан

Одной из самых грозных патологий новорожденных детей являются пневмонии. Пневмония является бесспорным лидером по тяжести течения, затратам на лечение и количеству летальных исходов [1,3,7]. В связи с чем, ВОЗ объявила пневмонию основной причиной детской смертности и провозгласила «Глобальный план действий по профилактике пневмонии и

борьбе с ней» (2015). Актуальность изучения пневмоний у новорожденных детей в развивающихся странах обуславливается ростом частоты, тяжести клинического течения и исхода заболевания.

Этиоструктура пневмоний у детей изменчива и имеет явную возрастную и региональную зависимость [2,4,5,6]. У новорожденных детей диагностическая верификация заболевания затруднена. Лечение зачастую проводится эмпирически, методом «проб и ошибок», со сменой множества антибиотиков, что экономически затратно, вызывает аллергизацию детей, дисбактериоз, снижение иммунитета и реактивности. Частота госпитальной пневмонии составляет 5-10 случаев на 1000 поступлений в стационар, но она повышается в 6-20 раз у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), достигая 16-35 случаев на 1000 вентиляционных дней [7,9]. Летальность от вентилятор-ассоциированной пневмонии (ВАП) колеблется от 20 до 70% в зависимости от основного заболевания, возбудителя инфекции и адекватности лечебной тактики [8].

Особо опасны нозокомиальные госпитальные инфекции, обладающие высокой антибиотикорезистентностью, антибиотикозависимостью и хорошей выживаемостью во влажных средах реанимационных отделений.

Целью исследования является проведение ретроспективного анализа этиоструктуры вентилятор-ассоциированных пневмоний у новорожденных детей.

Материалы и методы

Для проведения исследования была разработана карта исследования, включающая 21 пунктов и данных параклинических исследований. Был проведен ретроспективный анализ 143 историй болезней новорожденных детей с пневмониями, из них у 20, получивших ИВЛ. Всего у этих 20 больных проведено 53 микробиологических исследования в динамике: из содержимого эндотрахеальной трубки и мазков из зева.

Результаты исследования и обсуждение

Из 143 больных пневмонией новорожденных на ИВЛ находились 20 (13, 98%) детей (таблица 1).

Таблица 1 - Структура больных новорожденных, находившихся на ИВЛ

	Кол-во	%
Мальчики	11	55,0%
Девочки	9	45,0%
Доношенные	14	70,0%
Недоношенные	6	30,0%
Поступили из Род.дом	11	55,0%
Поступили из дома	9	45,0%
Исход летальный	4	20,0%
Выздоровление	16	80,0%
ИТОГО	20	100%

Как видно из таблицы, достоверных различий по половой принадлежности детей, находившихся на ИВЛ, нет ($P \geq 0,05$). Однако, среди больных детей несколько больше (в 1,2 раза) было мальчиков. Это можно объяснить тем, что у лиц мужского пола снижена резистентность к инфекционным агентам, так как синтез иммуноглобулинов связан с X-хромосомой. Поэтому у девочек, в случае мутации в одной из X-хромосом, возможна компенсация за счет другой.

Доношенных больных было в 2,3 раза больше, чем недоношенных, что связано с тем, что недоношенные дети получают лечение в перинатальном центре, а к нам поступают только больные из дома. Летальный исход отмечен только в единичных случаях.

Анализ микробиологических исследований показал, что в этиоструктуре вентилятор-ассоциированных пневмоний новорожденных детей лидирующее место занимают в основном грамотрицательная и грамположительная флора (таблица 2).

Таблица 2 - Этиоструктура ИВЛ-ассоциированных пневмоний новорожденных

		Кол-во	%
1.	Грамотрицательная флора	28	38,88%
2.	Грамположительная флора	31	43,05%
3.	Грибы	6	8,33%
4.	Роста нет	7	9,72%
ИТОГО		72	100%

Анализ таблицы позволяет прийти к заключению о полиэтиологичности структуры ИВЛ-ассоциированных пневмоний новорожденных детей. Причём высев грамположительной и грамотрицательной флоры практически в равных соотношениях ($P \geq 0,05$). Причём из 53 микробиологических исследований в 16 посева выявлена микст-инфекция: сочетанием *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae*. Моноинфекция выявлена только 38 посевах.

Чрезвычайно полиморфен и высев штаммов микрофлоры (таблица 3).

Таблица 3 - Штаммы высеянной микрофлоры

№	Выделенные микроорганизмы	кол-во	%
1	<i>Strep. viridans</i> 10^4 КОЕ/мл	9	16,98
	<i>St. epidermidis</i> 5×10^3 КОЕ/мл	11	20,75
	<i>Streptococcus</i> гр «А» 10^5 КОЕ	2	3,77
	<i>S. pneumoniae</i>	1	1,88
2	<i>Staphylococcus aureus</i> 10^3 КОЕ/мл	6	11,32
	<i>Staphylococcus haemolyticus</i> 1×10^4 КОЕ/мл	2	3,77
3	<i>Pseudomonas aeruginosa</i> 10^4 КОЕ	4	7,54

4	Enterobacter aerogenes 1x10 ⁴ КОЕ/мл	4	7,54
5	Escherichia coli 10 ² КОЕ/мл	4	7,54
6	KlepsiellaPneumonia 10 ⁴ КОЕ/мл	5	9,43
7	Enterococcui 10 ² КОЕ	1	1,88
8	Acinitobacter	2	3,77
9	AcinitobacterSPP	1	1,88
10	Enterobactercloacae 10 ² КОЕ/мл	7	13,20
11	Грибы рода candida 10 ⁴ КОЕ/мл	3	5,66
12	Дрожжеподобные клетки 10 ⁴ КОЕ/мл	3	5,66
13	Роста микрофлоры не обнаружено	7	13,20
		72	100%

Выводы. На основании исследований следует констатировать, что вентилятор-ассоциированные пневмонии чаще отмечались у детей, переведенных с родильных домов. Кроме того, у каждого из переведенных новорожденных, при микробиологическом исследовании выявлены сразу по 4 возбудителя, которые были представлены сочетанием Staphylococcusaureus, Pseudomonasaeruginosa, Escherichiacoli, Klepsiella Pneumonia, Enterobactercloacae. Это свидетельствует о не соблюдении инфекционных норм персоналов этих стационаров и внутрибольничном инфицировании. При поступлении из дома у новорожденных при микробиологическом исследовании чаще высевался только Staphylococcusaureus.

Литература

1. Боконбаева, С.Дж. Пневмония у новорожденных детей: методическое пособие / С.Дж. Боконбаева. - 2016. – С. 138-148.
2. Володин, Н.Н. Этиоструктура пневмоний /Н.Н. Володин // Неонатология: национальное руководство. - 2009. - С. 281.
3. Руднов, В.А. Сепсис: современные подходы к диагностике и интенсивной терапии / В.А. Руднов // Вестник анестезиологии и реаниматологии – 2010.- Т. 7, № 1. – С. 48-57.
4. Самсыгина, Г.А. Пневмония / Г.А. Самсыгина // Педиатрия избранные лекции: учебное пособие. – 2009. – С. 263-289.
5. Таточенко, В.К. Пневмония у детей / В.К. Таточенко// Справочник по диагностике и лечению. - 2007. – С. 140-144.
6. Шабалов, Н.П. Пневмония. Этиоструктура / Н.П. Шабалов.// Неонатология: учебное пособие. – 2011. – С. 389-396.
7. Kollef, M.H. Clinical cure and survival in Gram-positive ventilator-associated pneumonia: retrospective analysis of two double-blind studies comparing linezolid with vancomycin / M.H. Kollef // Intensive Care Medicine. – 2004. - Vol. 30, № 3. – P. 388-394.
8. Heyland, D.K. The attributable morbidity and mortality of ventilator-associated pneumonia in the critically ill patient. The Canadian Critical Trials

Group / D.K. Heyland, D.J. Cook, J. Chastre // J. RespirCrit Care Med. – 1999. - № 159. - 56 p.

9. Rello, J. Management of Hospital-Associated Pneumonia in the Intensive Care Unit / J. Rello, L. VidaurE. Díaz, A. Rodríguez // Infectious Diseases in Critical Care. – 1997. – P. 449-455

ЗАВИСИМОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ ОТ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА «D»

**Т.А. Сарымсакова, А.Ш. Асымбекова, И.М. Майрамбеков,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

По данным ВОЗ, более 2 миллиардов человек испытывают дефицит микроэлементов, вследствие нехватки в организме витаминов или минералов [1,3]. Традиционно в мире принято считать, что витамин «D» нужен в основном только детям до года для профилактики рахита [2]. Тогда как Витамин «D»₃ (холекальциферол) – является стероидным D-гормоном репродуктивной системы и суточная норма витамина «D» для репродуктивного возраста составляет 600-4000 МЕ [8,10]. В настоящее время дефицит витамина «D» является пандемией XXI века и поэтому необходимо исследование для своевременной профилактики и лечения дефицита витамина «D» [4,6,9,11].

Цель: изучить влияние дефицита витамина «D» на репродуктивную систему женщин, проживающих в Кыргызской Республике.

Материалы и методы исследования

На базе клиники «профессора Асымбековой» обследовались и находились в динамике наблюдения 25 женщин, обратившихся в клинику с отсутствием наступления беременности в течение 2-х лет и более, и с невынашиванием беременности, у которых в динамике определен дефицит уровня витамина «D» в периферической крови.

У всех 25-ти женщин был обнаружен выраженный дефицит уровня витамина «D» (ниже 20 нг/мл). Средний возраст пациенток составил 29,4±5 лет. Из них бесплодием были 23 женщины, с хроническими невынашиваниями беременности 2, нарушения менструального цикла – 5.

По нашим данным у 20% пациенток у которых было нарушение менструального цикла. На фоне приема витамина «D» в течение 3-6 месяцев отмечалась нормализация цикличности менструального цикла. Так как известно, что витамин «D» регулирует выработку половых гормонов: эстрогенов, прогестерона и тестостерона, которые необходимы для

нормального роста фолликулов и подготовки эндометрия (улучшение структуры и рецептивности) у женщин.

Жалобы на отсутствие наступления беременности более 2 лет были у 76% женщин. Пациентки получали терапию витамином в течение 3-6 месяцев до достижения нормальных показателей уровня витамина D (>30 нг/мл), что способствовало повышению показателя частоты самостоятельного наступления беременности и с помощью вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), поскольку происходила нормализация уровня антимюллерового гормона (АМГ) и глобулина связывающего половые гормоны (ГСПГ) в яичниках. Была определена зависимость результатов от времени года. Более высокие показатели частоты наступления беременности были достигнуты весной и летом, а низкие — осенью. Видимо, это связано с количеством световых часов в течение суток. Также следует иметь в виду, что зимой снижается количество овуляций и рецептивность эндометрия по сравнению с многократным увеличением этих показателей летом. Поскольку при ВРТ с переносом донорских яйцеклеток витамин «D» реализует свой потенциальный эффект действия на фертильность посредством влияния на эндометрий (его структуру и рецептивность), так как биологический материал (яйцеклетка) принадлежал донору

Беременные, у которых 40% было невынашивание беременности доходили до срока на фоне длительного приема витамина «D». Поскольку $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ является одним из звеньев в ауто- и паракринной иммунной системе, которая запускается во время беременности. $1,25(\text{OH})_2\text{D}$ ингибирует высвобождение цитокинов Th1 и увеличивает Th2 (цитокины Th2 доминируют при имплантации). Эта модуляция иммунной системы может предотвратить отторжение имплантированного эмбриона и помогает трансформироваться эндометрию в децидуальные клетки и увеличивает экспрессию гена $\text{HOXA}10$ (важного для имплантации эмбрионов), способствует пролонгированию беременности. Также известно, что концентрация витамина «D» в сыворотке <20 нг/мл в 3,3 раза повышает риск преждевременных родов по сравнению с концентрацией 40 нг/мл. В 3-ем триместре повышение сывороточной концентрации до 40 нг/мл уменьшает риск преждевременных родов на 47%. То есть, чем ближе уровень витамина «D» к нормальным цифрам, тем ниже риск преждевременных родов.

Пациентки продолжают прием витамина «D» во избежание дефицита витамина «D» как у себя, так и у ребенка, а также находятся под тщательным наблюдением.

Вывод. Исходя от результатов исследования можно сказать что, витамин «D» имеет прямое влияние на репродуктивную функцию женщины.

У женщин репродуктивного возраста Кыргызской Республики при дефиците уровня витамина «D» наблюдается нарушения менструального цикла, бесплодие и невынашивание беременности, поэтому своевременная диагностика, профилактика и лечение дефицита витамина «D» улучшает репродуктивную функцию женщины.

Литература

1. Баклейчева, М.О. Влияние витамина «D» на репродуктивное здоровье женщины / М.О. Баклейчева, И.В. Ковалева, О.Н. Беспалова и др. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2018. – Т. 67. – № 3. – С. 4-19.
2. Витамин «D» и репродуктивное здоровье женщины / Под ред. И.Е. Зазерской. - СПб.: Эко-Вектор, 2017. – С. 165.
3. Громова, О.А. Роль витамина «D» в профилактике и терапии женского бесплодия / О.А. Громова. - 2016. – С. 3-9.
4. Калинченко, С.Ю. Витамин «D» и репродуктивное здоровье женщин / С.Ю. Калинченко и др. // Проблемы репродукции. - 2016. – Т. 3. – С. 125-129.
5. Российское общество эндокринологов, Клинические рекомендации. Дефицит витамина «D» у взрослых: диагностика, лечение и профилактика, 2015.
6. Шварц Г.Я. Витамин «D» и D-гормон / Г.Я. Шварц. - М.: Анахарсис, 2005. – С. 3-21.
7. Шварц, Г.Я. Дефицит витамина D и его фармакологическая коррекция / Г.Я. Шварц // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 7. – С. 259-264.
8. Al-Jaroudi, D. Vitamin D deficiency among subfertile women / Al-Jaroudi D. et al. // Gynecol. Endocrinol. - 2016. - V. 32, № 4. - P. 272–275.
9. Garbedian, K. Effect of vitamin D status on clinical pregnancy rates following in vitro fertilization / K. Garbedian // CMAJ Open. – 2013. - V. 1, № 2. – E. 77–82.
10. Lerchbaum, E. Vitamin D and fertility: a systematic review / E. Lerchbaum et al. // European Journal of Endocrinology. – 2012. - V. 166. – P. 765-778.
11. <http://www.vitamindsociety.org/benefits.php>

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

Абдисалам у. Э., Г.С. Чернецова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Недержание мочи у женщин – это любое непроизвольное выделение мочи, не поддающееся волевому усилию. Это достаточно распространенное состояние, которое негативно сказывается на качество жизни пациенток. Недержание мочи является как социальной, так и медицинской проблемой. Согласно эпидемиологическим данным Международным обществом по проблемам удержание мочи, показывают, что стрессовое недержание мочи широко распространено в США и странах Европы, где данным заболеванием страдают от 34 до 38% женщин [1,7,8,9]. В России используются данные, приведенные в 1996 году Д.Ю. Пушкарем. Им было выявлено, что симптомы недержание мочи отмечали 36,8% опрошенных женщин. Частота недержание мочи увеличивается с возрастом [6]. По данным EPINCONT проведенного в Норвегии была опрошена 28 000 женщин, выявлено что частота недержания мочи среди молодых женщин составляет 20-30%, к среднему возрасту увеличивается 30-40%, у пожилых женщин определяется 30-50% случаев. Несмотря на то, что недержание мочи достаточно широко распространено, обращаемость за помощью в нашей стране низкая [2,3]. Данный факт обусловлен многими причинами, в частности неосведомленностью пациентов и врачей амбулаторного звена, отсутствием информации, интимностью проблемы и отношением больных к данной проблеме как к естественному процессу старения [4,5].

Причины возникновения недержания мочи у женщин разнообразны. Обычно недержание мочи возникает из за целого комплекса причин. Наряду с ведущими факторами при стрессовом недержание мочи (роды, хирургические вмешательства на промежности и органах малого таза, повреждение тазовых нервов или мышц, дисплазия соединительной ткани), в перименопаузе у женщин наблюдается прогрессирующий эстрогенный дефицит, а при нейромышечных дисфункциях мочевого пузыря – непроизвольное сокращение детрузора и уретры, что требует не только уточняющего дифференциального-диагностического поиска, но и адекватного подбора терапии.

При стрессовом недержание мочи женщины жалуется на недержание мочи, возникающее при состоянии которое сопровождается повышением внутрибрюшного давления (кашель, чихании, смех, физическая нагрузка и др.). Позыв на мочеиспускание при этом отсутствуют. Количество теряемой

мочи при эпизоде недержания малое. Из-за постоянного ношения прокладок, неприятного запаха нарушается социальная адаптация пациентки и значительно ухудшается качество жизни. Иногда это приводит к невозможности выйти из дома.

Несмотря на ограниченное количество исследований в этой области, очевидно, что недержание мочи оказывает серьезное влияние на качество жизни больных. Большинство женщин считают, что недержание мочи является проблемой. Из них половина испытывает умеренно выраженное неудобство вследствие недержания мочи, а треть значительно страдает от этого заболевания.

Стрессовое недержание мочи оказывает влияние почти на все аспекты жизни больных. Способом оценки этого влияния являются различные формы анкет-опросников. Примерами таких анкет могут быть вопросник Kingили I-QoL. В эти анкеты включены вопросы, касающиеся влияния недержания мочи на различные сферы жизни и степень нарушения качества жизни по субъективной оценке. Поскольку стрессовое недержание мочи наиболее часто встречается у женщин среднего возраста, сохраняющих активность в профессиональной и социальной жизни, понятно, что субъективная оценка степени нарушения качества жизни, которую у них вызывает недержание мочи, будет значительно выше. У женщин появляются определенные ограничения профессионального характера (поднятие тяжести), образа жизни (невозможность заниматься спортом), а также социального плана (необходимость носить одежду темного цвета и скрывающую используемые прокладки, смущение из-за возможного запаха мочи).

Не смотря на значительную степень влияния, которое оказывает на качество жизни недержание мочи, многие женщины никогда не обращаются для консультации к специалистам. По данным Prospective Urinary Incontinence Research только 25% женщины с недержанием мочи были хотя бы однажды консультированы по этому поводу. Частота обращаемости увеличивается до 54% при тяжелых степенях недержания мочи. Тем не менее его эффективность во многом зависит от времени обращения за медицинской помощью: чем раньше начата терапия, тем лучше результатов можно добиться.

При решении вопроса, обращаться ли к врачу с жалобами на недержание мочи, пациентки испытывают затруднения из-за не уверенности эффективности лечения, боязнь от операции, большинства женщины считают данную патологию естественным процессом старения.

По нашим данным при обработке 224 истории болезни женщин с диагнозом недержание мочи пролеченных в урологических отделениях НГМЗКР с 2011 по 2017 гг. По обобщенным данным 112 (50%) пациенток имеют анамнез недержания мочи более 8 лет, 50 (22,3%) пациенток от 3 до 8 лет, от 1 до 3 лет отмечало в 42 (18,%) случаев, до 1 года было у 20 (8,9%) женщин. Средний возраст составил 56 лет. Проведен опрос по анкете: «Экспресс-диагностика типов недержание мочи». На вопрос «было ли у Вас

мочеиспускание более 8 раз день или более 1 раз за ночь?» утвердительно ответили 54 (24,1%) пациенток. На вопрос «Недержание мочи ночью у Вас возникает в горизонтальном положении или при смене положения тела?» ответы распределились поровну. Все пациентки подтвердили связь недержание мочи с физическими усилиями (кашель, чихание, поднятие тяжести и т.д.). При этом 145 (65%) женщин были вынуждены снижать физические нагрузки. На вопрос «Как Вы оцениваете количество теряемой мочи?» 29 (13%) женщин ответили «много», остальные 195 (87%) – «мало». 95%волновались по поводу возможного неприятного запаха. 60% ответили утвердительно на вопрос относительно проблем с партнером при интимной близости.

Недержание мочи крайне отрицательно влияет на качество жизни и здоровья: приводит женщину к депрессии, нарушению сна, ограничению физической активности, часто отрицательно отражается на семейных взаимоотношениях, рабочей ситуации и социальном положении. Более того, тяжелые формы заболевания превращают женщин в социальных изгоев.

Для успешного решения проблемы недержание мочи необходим комплексный подход, в частности информированность женщины о заболевании, правильная диагностика и лечение, соблюдение основных правил поведенческой терапии, подбор необходимых медикаментозных и гигиенических средств. В любом возрасте для таких больных можно найти индивидуально приемлемое решение.

Литература

1. Касян, Г.Р. Недержание мочи у женщин, методические рекомендации №4 / Г.Р. Касян, М.Ю. Гвоздев, А.Г. Коноплянников и др. – М., – 2017. – 7 с.
2. Александров, В.П. Стрессовое недержание мочи у женщин (диагностика и лечение) / В.П. Александров, А.В. Куренков, Е.В. Николаева. – СПб., 2006. – С. 38-39.
3. Гаджиева, З.К. Нарушения мочеиспускания / З.К. Гаджиева, Ю.Г. Аляева. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. - 34 с.
4. Кан, Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д.В. Кан. - М.: Медицина, 1986. – 57 с.
5. Чернецова, Г.С. Урология: учебное пособие / Г.С. Чернецова, А.Г. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. – Бишкек, 2009. – 550 с.
6. Пушкарь Д.Ю., Диагностика и лечение сложных и комбинированных форм недержания мочи у женщин / Д.Ю. Пушкарь: Автореф. дис. ... д-ра. – 1996. – 10 с.
7. Chaliha, C. Urinari incontinence: epidemiology and etiology // Current Obst Gynecol / C. Chaliha, V. Khullar – 2000. – Vol. 10 – P. 60-65.
8. Irwin, D.E. et al. Dynamic Progression of Overactive Bladder and Urinary Incontinence Symptoms: a Systematic Review / D.E. Irwin et al. // Eur. Urol. – 2010. - P. 125-129.
9. Hunskaar, S. The prevalence of urinary incontinence in women in four European countries / S. Hunskaar, G. Lose, D. Sykes, S. Voss // BJU Int. – 2004. – Vol. 93. – P. 324-333.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКОГО СЛАВЯНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**С.О. Абдылдаева, Г.М. Саралинова, О.А. Калюжная,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Главным стратегическим ресурсом страны, определяющим ее интеллектуальный уровень и конкурентоспособность в современном, быстро меняющемся, мире, является студенческая молодежь. Однако, на постсоветском пространстве сохраняется проблема здоровья студентов высших учебных заведений, являющихся наиболее чувствительными к происходящим социально-экономическим преобразованиям. Многими исследователями выявлено стрессовое воздействие образовательной среды на студентов, у которых отмечается значительная физическая и психическая перестройка организма [3,5,6]. Важной информативной характеристикой здоровья молодежи является качество жизни студентов.

Цель исследования: изучить качество жизни студентов старших курсов по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология» путем оценки показателей физического и психологического компонентов здоровья.

Материалы и методы

Сбор данных осуществляли методом анкетирования на основе использования прямого опроса 370 студентов, из них 155 студентов 6 курса по специальности «Лечебное дело», 65 человек – 5 курса по специальности «Педиатрия» и 150 человек – 4 курса по специальности «Стоматология», Средний возраст респондентов составил $22,3 \pm 2,4$ года. Гендерный состав был представлен следующим образом: юношей – 187 (50,5%) и девушек – 183 (49,5%).

Качество жизни исследовали с помощью опросника SF-36 (Short Form Health Survey), состоящего из 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал: 1. Физическое функционирование (Physical Functioning PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. 2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning – RP), т.е. влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. 3. Интенсивность боли (Bodily pain – BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. 4. Общее состояние здоровья (General Health – GH) – оценка больным своего состояния здоровья. 5. Жизненная активность (Vitality – VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. 6. Социальное функционирование (Social Functioning – SF) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. 7. Ролевое функционирование, обусловленное

эмоциональным состоянием (Role-Emotional – RE), предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. 8. Психическое здоровье (MentalHealth – MH) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций.

Шкалы «Физическое функционирование», «Рольное функционирование», «Интенсивность боли» и «Общее состояние здоровья» формируют физический компонент здоровья.

Шкалы «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Рольное функционирование» и «Психическое здоровье» являются составляющими психологического компонента здоровья.

Количество вопросов в каждой из шкал опросника варьирует от 2 до 10, на каждый вопрос предлагаются разные варианты ответов. Цифровые показатели каждой шкалы варьируют от 0 (максимальное нарушение функций) до 100 (максимальное здоровье). Чем выше балл по шкале, тем лучше показатель качества жизни.

Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы Statistica 6.1.

Результаты исследования

анализ полученных данных обнаружил, что средние значения физического компонента здоровья (PH) оказались выше психологического компонента (MH), составив 52,74 и 41,29 соответственно (таблица).

Таблица - Средние значения показателей качества жизни студентов старших курсов медицинского факультета

Специальность	Показатель качества жизни									
	PH	PF	RP	BP	GH	MH	VT	SF	RE	MH
Лечебное дело n= 155	53,53	93,19	72,91	74,45	66,92	39,31	55,10	70,69	52,04	59,48
Педиатрия n= 60	53,32	93,00	79,62	77,31	66,11	42,43	55,69	77,49	64,62	62,77
Стоматология n= 150	51,37	91,37	70,83	69,34	66,40	41,15	52,00	70,75	62,45	60,92
Средний показатель n= 370	52,74	92,52	74,45	73,7	66,47	41,29	54,26	72,97	59,70	61,05

Минимальные значения физического компонента здоровья зафиксированы у студентов 4 курса направления «Стоматология» –51,37, тогда как наименьший уровень психологического компонента здоровья – у студентов 6 курса по специальности «Лечебное дело».

Среди показателей физического компонента здоровья (PH) наивысшее значение обнаружено у показателя «Физическое функционирование» (PF), составившего у студентов- лечебников 93,19, педиатров – 93,0 и у

стоматологов – 91,37 (рисунок). Среднее значение данного показателя равнялось 92,52, что свидетельствует о хорошей повседневной физической нагрузке опрошенных, не ограниченной их состоянием здоровья.

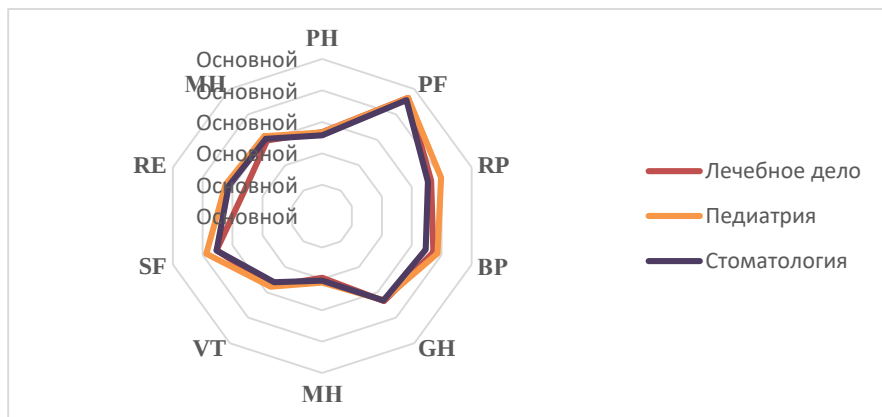


Рисунок 1 - Показатели качества жизни студентов старших курсов медицинского факультета

Значения шкалы «Рольное функционирование» (RP) были несколько снижены у студентов специальности «Лечебное дело» – 72,91 и «Стоматология» – 70,83, тогда как у педиатров выполнение работы или повседневных обязанностей в меньшей степени оказалось ограниченным их физическим состоянием здоровья. Их параметр – 79,62 превысил его среднее значение – 74,45.

Субъективная оценка «Интенсивности боли» (BP) выявила, что у стоматологов (69,34) чаще, чем у других респондентов, интенсивность болевого синдрома и дискомфорт ограничивают их активную физическую деятельность. У студентов-лечебников значения оказались на уровне 74,45. У педиатров (77,31) боль в меньшей степени влияла на их физическую активность.

Значения шкалы «Общее состояние здоровья» оказались меньшими среди составляющих физического компонента здоровья и распределились практически одинаково у всех опрошенных: у обучающихся по направлению «Лечебное дело» – 66,92, «Педиатрия» – 66,11 и «Стоматология» – 66,40, т.е. анкетизируемые оценили свое состояние здоровья и сопротивляемость к болезням чуть выше 50% барьера.

Сравнительный анализ психологического компонента здоровья (MH) показал, что его значения были незначительно выше у педиатров – 42,43 и стоматологов – 41,15, тогда как у лечебников он составил всего 39,31.

Параметр «Жизненная активность» (VT) незначительно превысил 50% отметку у всех студентов, составив у будущих стоматологов 52,00, т.е.

меньше, чем у лечебников – 55,10 и педиатров – 55,69. Такие данные отражают более сниженный жизненный тонус студентов направления «Стоматология» в процессе их учебной деятельности.

Максимальные значения среди всех элементов психологического компонента здоровья принадлежали шкале «Социальное функционирование» (SF), среднее значение которого равнялось 72,97. Более социально активными являющиеся обучающиеся по специальности «Педиатрия» – 77,49. У студентов «Лечебного дела» и «Стоматологии» параметры достигли практически одинакового уровня – 70,69 и 70,75 соответственно.

Наибольшее расхождение результатов наблюдалось в значении показателя «Ролевое эмоциональное функционирование» (RE) от максимального у педиатров – 64,62 до минимального – у лечебников – 52,04. У стоматологов оно составило 62,45.

Аналогичная тенденция прослеживалась при анализе самооценки студентами шкалы «Ментальное здоровье» (MH), диапазон значений которых выглядел следующим образом: у педиатров – 62,77, лечебников – 59,48 и стоматологов – 60,92. Данные показатели свидетельствуют о том, что у студентов 6 курса направления «Лечебное дело» эмоциональное состояние, обусловленное психологическим неблагополучием, негативно влияет на их повседневную активность. Полученные результаты в целом совпадают с данными многих исследователей качества жизни студентов-медиков [1,2,3,4].

Выводы:

1. 100 балльный результат, свидетельствующий об «идеальном здоровье», не выявлен ни по одной шкале.
2. Психологический компонент здоровья оценен респондентами хуже физического компонента.
3. У всех студентов среди всех шкал доминирующее положение занимает показатель «Физическое функционирование», а минимальные значения наблюдаются у параметра «Жизненная активность».
4. Среди всех переменных физического компонента здоровья в большей степени снижена оценка «Общего состояния здоровья», что отражает объективную картину здоровья студентов старших и выпускных курсов.
5. Среди составляющих психологического компонента здоровья самые низкие значения у параметра «Жизненная активность». Студенты всех специальностей отмечают снижение энергии и утомление.

Таким образом, напряженный учебный процесс, вызывающий психо-эмоциональные стрессы, а также постоянное нарушение режима труда, отдыха и питания, характерное для студентов медицинских вузов, существенно влияет на состояние их здоровья и снижает качество жизни.

Литература

1. Агаджанян, Н.А. Качество жизни студентов Тверского медицинского колледжа / Н.А. Агаджанян, И.И. Макарова, А.В. Аксенова и др. // Экология человека. - 2014. - С. 3-9.

2. Горбунов, В.И. Оценка показателей качества жизни студентов медицинского вуза / В.И. Горбунов, Г.В. Возженникова, И.Н. Исаева и др. // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2012. - № 1. - С. 46-49.
3. Капланова, М.Т. Оценка качества жизни как показатель уровня адаптации студентов I и IV курсов медицинского вуза / М.Т. Капланова, М.А. Федин // Междун. студенч. науч. вестник. - 2017. - № 4 (часть 8). – С. 126-129.
4. Карабинская, О.А. Оценка качества жизни студентов первых лет обучения медицинского вуза / О.А. Карабинская, В.Г. Изатулин, О.А. Макаров и др. // Сибирский мед. журн.. - 2011. - № 7. - С. 111-113.
5. Сухинин, А.А. Оценка показателя «Физическое функционирование» у студентов-медиков / А.А. Сухинин, М.И. Богрова, Т.О. Черная // Междун. журн. приклад. и фундамент. исслед. - 2017. - № 8-2. - С. 285-288.
6. Юнацкая, Т.А. Психологический компонент качества жизни, связанного со здоровьем подростков, студентов Омской области / Т.А. Юнацкая, М.С. Турчанинова, О.В. Козубенко и др. // Фундамент. исслед. - 2014. - №7 (часть 1). - С. 170-173.

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ 5-7 КЛАССОВ г. БИШКЕК

Р.Р. Айтиалиева, Т.С. Буйлашев, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Охрана здоровья школьников считается одной из важнейших социальных задач общества. Дети и подростки школьного возраста - социально-экономический, интеллектуальный, творческий потенциал страны. Вместе с тем, школьников можно отнести к группе повышенного риска, так как на их непростые возрастные проблемы накладывается негативное влияние кризиса практически всех основных сфер общества и государства [1,2].

В настоящее время значительно повысилось внимание к проблеме охраны и укрепления здоровья школьников, что обусловлено также важной его ролью в решении ряда демографических проблем, улучшения качества их жизни и воспитания здорового потомства. При этом большое значение приобретает изучение особенностей условий и образа жизни школьников, особенно имеющих факторы риска, поскольку разработка профилактических мероприятий должна вестись с учетом этих факторов и индивидуальных их особенностей [3].

Достаточный уровень санитарно-гигиенической грамотности необходим им не только для обеспечения их здорового образа жизни, но и для воспитания у него устойчивых гигиенических навыков и привычек [4,5].

Поэтому на современном этапе важнейшими задачами в охране здоровья школьников является совершенствование профилактической работы в школе, повышение ответственности родителей за их здоровье, более полное использование семьи в целях охраны и укрепления здоровья членов семьи, с учетом ее социально-гигиенических особенностей [6,7].

Цель исследования. Разработать систему рекомендаций, направленных на сохранение состояния здоровья школьников на основе комплексного изучения показателей их физического развития и структуры заболеваемости.

Задачи исследования.

1. Оценить состояние здоровья школьников.
2. Изучить структуру заболеваний школьников.

Материалы и методы

Объектом исследования явились школьники и их семьи, проживающие в городе Бишкек.

Объем выборочной совокупности составил 200 школьников.

Базой проведения исследования явилась школа в одном из районов г.Бишкек, где внедрены современные «Здоровье сберегающие технологии».

Результаты и обсуждение

С целью изучения состояния здоровья учащихся были организованы специальные медицинские осмотры школьников с применением стандартного протокола медицинского осмотра, анкетирования школьников.

Анализ полученных данных показал, что средняя масса тела мальчиков и девочек возрастной группы от 11 до 14 лет составил $44 \pm 3,7$ кг и $46 \pm 7,1$ кг соответственно. Преобладающее большинство мальчиков весило от 29 до 90 кг, а девочек – от 30 до 75 кг.

Рост большинства мальчиков этой же возрастной группы колебался от 129 см. до 179 см. и в среднем составил $130 \pm 14,7$ см.

Средний рост девочек этой же возрастной группы был $152,4 \pm 17,1$ см. и колебался от 130 до 172 см.

Для более точного анализа состояния физического развития школьников были определены индексы рост/возраст и масса тела/возраст в зависимости от пола школьника. Проведенный нами анализ роста-возрастного и массо-возрастного индекса показал замедление темпов роста детей в начале пубертатного периода, особенно среди мальчиков. Так, среди детей в возрасте от 11 до 14 лет было относительно много мальчиков и девочек с низким индексом – 47,7% и 44,7% соответственно.

Анализ индекса масса тела/возраст выявил, что основное большинство детей всех возрастных групп (свыше 63,1%) укладываются в средние показатели ($M \pm 1\sigma$). Дефицит массы тела, в зависимости от возраста в среднем имел место у 8,5% девочек и 1,5% мальчиков. Избыток же массы тела в этой возрастной группе выявлен у 15% девушек и 38,8% юношей. Но надо отметить, что в младших возрастных группах избыток массы тела преобладал у девочек в возрасте 11 - 12 лет, который затем нивелировался, а у мальчиков сохраняется до 14 лет (3% и 4,9% соответственно).

Причиной вышеуказанных изменений индексов физического развития школьников, вероятно, является неблагоприятное социально-экономическое положение его семьи, при котором особенности, характер и качество его питания характеризуются хроническим недоеданием, несбалансированностью питания, и недостаточным поступлением в организм витаминов и микроэлементов с пищей. Кроме того, причиной вышеуказанных изменений может быть и наблюдающаяся во всем мире тенденция смены процесса акселерации ретардацией.

Структура отдельных заболеваний обследованных школьников по данным медицинского осмотра представлена на таблице.

Анализ отдельных заболеваний выявил, что ассоциированные с инфекцией заболевания, такие как хронический тонзиллит, частые ОРВИ, являются преобладающей патологией у детей и составил 38%.

Особую тревогу вызывает тот факт, что почти каждый четвертый ученик страдает частыми ОРВИ, которые занимают первое место в структуре заболеваемости школьников (48%).

Значимость этой проблемы обусловлена тем, что частые и, особенно, тяжело протекающие ОРВИ у детей нередко обусловлены снижением их иммунитета и приводят к нарушению нервно-психического и физического развития, способствуют формированию у них хронических воспалительных заболеваний органов дыхания.

Таблица - Структура отдельных заболеваний школьников в возрасте 9 - 12 лет (%)

Структура отдельных заболеваний	(n=200)
Частые ОРВИ	8,9
Частые головные боли различной этиологии	3,7
Хронический тонзиллит	8,0
Кариес	3,7
Зоб	1,3
Различные проявления аллергии	2,2
Анемия	3,3
Болезни кожи	0,6
Нарушение осанки	1,7
Болезни ЖКТ	0,4
Недавно перенесенный инфекционный гепатит	0,7
Миопия	0,3
Паразитозы	0,5
Нарушения слуха	0,1
Энурез	0,1

Не менее важным является и то, что частые ОРВИ приводят к пропускам занятий в школе, ограничению общения учащегося с

одноклассниками и его социальной дезадаптации, а также потере трудового времени их родителями. Полученные нами данные необходимо учитывать школьным врачам и медсестрам при планировании мероприятий по оздоровлению учащихся, так как школьники, страдающие частыми ОРВИ, нуждаются в дополнительном и тщательном медицинском обследовании. Им необходимо своевременно исключить такие заболевания, как муковисцидоз, пороки развития органов дыхания, туберкулез и др., проявлением которых могут быть частые ОРВИ.

Известно, что рост соматической заболеваемости является особенностью современного состояния здоровья детей, особенно школьного возраста. В последние годы наблюдается увеличение численности детей с хронической патологией и функциональными отклонениями - частота хронических заболеваний среди учащихся школ возросла в 1,6 – 2 раза. Наше исследование подтвердило это и показало, что индекс общего здоровья школьников был низким и почти каждый второй школьник (42,1%) имел какое-либо хроническое заболевание, причем за годы обучения в школе среднее число здоровых учащихся достоверно уменьшалось. Выявлено, что за время обучения в школе увеличивается число детей с хроническим тонзиллитом, кариесом, анемией, миопией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Вызывает тревогу тот факт, что среднее число соматических болезней, приходившихся на одного школьника составляло 1,7, при этом у некоторых учащихся наблюдалось сочетание 3 и более заболеваний. Причины этих тенденций разнообразны, но, несомненно, большое значение имеют все возрастающие объемы учебной и дополнительной внешкольной нагрузки на детей и влияние многих других школьных факторов риска.

Недостаточный уровень осведомленности школьников свидетельствует о необходимости усиления целенаправленной работы по повышению уровня санитарной культуры их родителей, компетентности педагогов в вопросах сохранения здоровья детей и заинтересованности в этом врачей. Особенно важна роль учителей в гигиеническом образовании детей с использованием уроков ОБЖ, биологии, валеологии и истории, а также тематических классных часов.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлен низкий индекс общего здоровья школьников, причем за время обучения в школе, к старшим классам, среднее число здоровых учащихся достоверно сокращается. Показано, что за время обучения в школе увеличивается число детей с хроническим тонзиллитом, кариесом, анемией, миопией и заболеваниями желудочно-кишечного тракта, а среднее число соматических болезней, приходившихся на одного школьника составляет 1,7, при этом у некоторых учащихся наблюдалось сочетание 3 и более заболеваний.

Ведущее место в структуре отдельных заболеваний школьников в порядке убывания занимают частые ОРВИ, головные боли различной

этиологии, хронические тонзиллиты, кариозные поражения зубов, зоб и различные проявления аллергии.

Литература

1. Кучма, В.Р. Вызовы XXI века: гигиеническая безопасность детей в изменяющейся среде / В. Р. Кучма // Вопр. школ. и унив. медицины и здоровья. – 2016. – № 3. – С. 4-22.
2. Особенности состояния здоровья современных школьников: материалы к докладу «Школа – 2020. Какой мы ее видим?», М., 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ru.calameo.com/books/0010872425e7e36d6ef79>. – Загл. с экрана.
3. Брянцева, Л. В. Здоровье современных школьников: проблемы, опыт работы [Электронный ресурс] / Л.В. Брянцева. – Режим доступа: <http://festival.1september.ru/articles/618059/>. – Загл. с экрана.
4. Кучма, В.Р. Поведение детей, опасное для здоровья: современные тренды и формирование здорового образа жизни / В.Р. Кучма, С.Б. Соколова. – М., 2014. – 160 с.
5. Руководство по диагностике и профилактике школьно обусловленных заболеваний, оздоровлению детей в образовательных учреждениях / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, П.И. Храмцов и др. – М.: Изд. НЦЗД, 2012. – 182 с.
6. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing, George C Patton, Susan M Sawyer, John S Santelli, David A Ross, Rima Afifi, Nicholas B Allen, and others, The Lancet, Published: May 9, 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing>. – Загл. с экрана.
7. Ахмедова, Р. М. Распространенность и гендерные особенности ожирения у подростков Перми / Р.М. Ахмедова, Л.В. Софронова, Р.Н. Трефилов // Вопр. соврем. педиатрии. – 2014. – Т. 13, № 5. – С. 37-41.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**И.М. Акматов, М.И. Ахметова, Ж.С. Сапарбекова, Э.Р. Хайбулинов,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

В системе здравоохранения Кыргызской Республики (КР) ключевым нормативным актом является Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» [1]. Изначально предполагалось, что данный закон будет являться неким «зонтиком», под которым и будут находиться все иные нормативно-правовые акты системы здравоохранения. В реализацию этой мысли, законодатель пошел по принципу «иные нормативные акты в системе здравоохранения не должны

дублировать его текст, и тем более содержать нормы, противоречащие закону». Поэтому основу регулирования судебно-медицинской экспертизы необходимо начинать изучать именно с этого нормативного акта [3,4,8].

При этом необходимо отметить, что вопросы регулирования медицинской экспертизы имеются во многих нормативно-правовых актах (законах; кодексах; постановлениях; указах) Кыргызской Республики, а также в ведомственных актах КР.

Согласно статьи 21 Закона КР «Об охране здоровья граждан в КР» медицинская экспертиза является одними из видов медико-санитарной помощи.

При этом глава IV Закона, регулируя вопросы медицинской экспертизы, относит к ней следующие направления:

- экспертизу временной нетрудоспособности (статья 45);
- медико-социальную экспертизу (статья 46);
- военно-врачебную экспертизу (статья 47);
- судебно-медицинскую экспертизу психического здоровья (статья 48);
- судебно-медицинскую экспертизу (статья 49);
- альтернативную медицинскую экспертизу (статья 50);
- экспертизу качества оказания медико-санитарной помощи (статья 51).

Для настоящей статьи мы изучим редакцию статьи 49 Закона КР «Об охране здоровья граждан в КР». Согласно данной статьи, судебно-медицинская экспертиза граждан, трупов и вещественных доказательств, проводится в государственных или муниципальных организациях здравоохранения экспертами бюро судебно-медицинской экспертизы, а при отсутствии таких экспертов – врачами-специалистами, привлеченными для проведения указанной экспертизы, на основании постановлений лиц, производящих дознание, следователя, прокурора, судьи или определения суда.

Гражданин или его законный представитель имеет право ходатайствовать перед органом, назначившим проведение судебно-медицинской экспертизы, о включении в состав экспертной комиссии соответствующего врача-специалиста с его согласия. Порядок проведения судебно-медицинской экспертизы устанавливается законодательством КР.

Ключевое место в нормативно-правовых актах КР занимает Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об организации и проведении судебно-медицинских экспертиз в КР», в реализации Закона КР «Об охране здоровья граждан в КР» было издано данное постановление Правительства КР [6]. Уполномоченным органом в области здравоохранения является Министерство здравоохранения КР. Согласно Положения о Министерстве здравоохранения КР от 20 февраля 2012 года №118, в компетенцию Министерства здравоохранения КР норм, регулирующих вопросы медицинской экспертизы в положении, не имеется [5]. Однако, исходя из пункта 7 Положения о Министерстве здравоохранения КР,

Министерство имеет право принимать в пределах своей компетенции в установленном порядке решения о создании и ликвидации государственных организаций здравоохранения, утверждать структуру и уставы (положения) государственных организаций здравоохранения в соответствии с законодательством Кыргызской Республики.

Именно в реализации пункта 7 Положения о Министерстве здравоохранения КР, приказом от 27 марта 2012 года №150 было утверждено Положение Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз Министерства здравоохранения КР [7]. Центр был создан, как юридическое лицо, в организационно-правовой форме – учреждение, в своей деятельности руководствуется законодательством КР, регулирующим деятельность организаций здравоохранения, приказами и распоряжениями Министерства здравоохранения, а также своим Положением. Центр создан на неограниченный срок, для осуществления своей деятельности на всей территории КР. При этом Центр в своей деятельности пользуется указанным выше Постановлением Правительства КР «Об организации и проведении судебно-медицинских экспертиз в КР».

Изучая вопрос медицинской экспертизы нельзя забыть и о нормативной базе регулирующей вопросы судебной экспертизы в целом, это Закон КР «О судебно-экспертной деятельности» [2]. Данный Закон определяет правовую основу, организационные принципы и основные направления судебно-экспертной деятельности в КР, а также регулирует правоотношения, возникающие при осуществлении судебно-экспертной деятельности.

Анализ нормативно-правовых документов в КР влияющих на судебно-медицинскую экспертизу показал, что:

1. «прямое» влияние имеют:
 - один (1) закон КР (2005);
 - одно (1) постановление Правительства КР (2012);
 - один (1) приказ Министерства здравоохранения КР (2012).
2. «не прямое» влияние имеют:
 - одна (1) статья КР (2016);
 - один (1) закон КР (2013);
 - четыре (4) кодекса КР;
 - международные договоры, участницей которых является КР.

Исходя из вышеперечисленного приходим к следующему **заключению**, что:

1. данные нормативно-правовые документы, касающиеся деятельности судебно-медицинской экспертизы находятся в правовом вакууме, так как отсутствуют:

- какая-либо связь между правовым процессом и судебно-медицинской деятельностью;
- общее направление и стратегия развития судебно-медицинской экспертизы и службы в целом;
- связь между судебно-медицинской наукой, судебно-медицинской практикой и обществом;

- система «сдержек и противовесов в судебно-медицинской экспертизе».

2. данный правовой вакуум может быть заполнен:

3. образованием единого общереспубликанского центра судебно-медицинских экспертиз;

4. воссозданием централизованного организационно-методического, особо сложной научной отрасли под эгидой главного судебно-медицинского эксперта;

5. созданием условий для образования независимых негосударственных судебно-медицинских экспертиз.

Литература

1. Закон Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года №6.
2. Клевно, В.А. Судебно-медицинская экспертиза (Теоретические, процессуальные, организационные и методические основы) / В.А. Клевно. – М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2012. – С. 189-198.
3. Шмидт, В.К. Медицинские и юридические аспекты назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы / В.К. Шмидт, В.Б. Даукшис. – Рига, 1985. – С. 10-37.
4. Картов, М.А. Вопросы стандартизации производства судебно-медицинской экспертизы М.А. Картов, Ж.Г. Ахметбекова // Судебная медицина Казахстана. - 2016. - № 1. – С. 37-39.
5. Постановление Правительства Кыргызской Республики «Об организации и проведении судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике» от 12 января 2012 года № 33.
6. Положение о Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики от 20 февраля 2012 года № 118.
7. Положение Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, утверждено приказом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики от 27 марта 2012 года № 150
8. Закон Кыргызской Республики «О судебно-экспертной деятельности» от 24 июня 2013 года № 100.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

**Г.У. Асымбекова, Т.А. Сарымсакова, А.С. Янко,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

На сегодняшний день переносимая беременность не утратила своей важности и по-прежнему является актуальной проблемой в современном акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в

родах, высоким процентом родоразрешающих операций и высокой перинатальной смертностью.

По литературным данным частота переносимости беременности в среднем может колебаться от 1,5 до 10% всех беременностей [1]: в странах Европы и Америки варьирует от 0,4% (Австрия, Бельгия) до 5,5%-7,0% (Дания, Швеция) [2,3], а в Российской Федерации этот показатель колеблется от 1,4% до 16% [4], и не имеет тенденции к снижению.

По современным представлениям 80% всех заболеваний человека прямо или косвенно связаны с неблагоприятными условиями среды обитания [5].

Существует множество классификаций экологических факторов. Можно выделить следующие экологические факторы: физические, химические, биологические, социальные, экономические, психосоциальный статус, медико – экологическое районирование, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние будущих поколений.

Факторы экологического риска для здоровья человека – абиотические, биотические, антропогенные, информатизация общества.

Пути воздействия факторов среды на организм: это атмосферный воздух, водоснабжение (питьевая вода), почва (пищевые продукты) и энергоинформационное поле.

Одни из основных факторов – это химические экологические факторы, обладающие повреждающим действием, к ним можно отнести продукты перегонки нефти: бензин и керосин. Поражающее действие бензина и керосина сходно. В состав бензина часто присутствует тетраэтилсвинец. По многочисленным данным многих авторов, свинец оказывает влияние на нервную систему, почки, репродуктивные органы и кровь. Его неорганические соединения скапливаются в костях, в крови и тканях. Органические соединения свинца расщепляются в печени, однако образующие метаболиты поражают головной мозг и другие части нервной системы. При длительном воздействии продуктов перегонки нефти возникают необратимые поражения головного мозга, что в дальнейшем может привести к смерти.

Основными путями воздействия химических факторов является атмосферный воздух. При проглатывании или вдыхании нефтяных дистиллятов, как было сказано выше, возможно поражение головного мозга и сердца и пожизненное расстройство мозговой функции [6]. Кроме того, многие химические вещества передаются от взрослых дядям с течением времени. Вещества, которые плохо метаболизируются и выводятся, могут накапливаться в организме и затем передаваться следующему поколению через плаценту или грудное молоко [7].

Все экологические, социальные и психосоциальные факторы окружающей среды влияют на макро- и микро-уровнях развития плода [8]. Однако вследствие влияния вредных факторов окружающей среды организм

с одной стороны замедляет процессы развития, а с другой стороны находится под влиянием хорошо выработанного за долгое время цикла развития беременности, что приводит не только к пролонгированию общего срока беременности, но и к хорошо известным случаям нарушений развития плода и перинатальным заболеваниям. Другими словами, организм пытается развить плод в условиях дефицита хороших ресурсов, замедляя общие процессы, но эволюционно сложившиеся процессы входят в конфронтацию с текущим состоянием организма, что приводит к нежелательным процессам: появляются признаки старения плаценты, наступает внутриутробная гипоксия плода и перезрелость одних органов по сравнению с другими. В связи с хронической гипоксией плод при пролонгировании беременности отвечает защитной реакцией викарного перераспределения имеющего кислорода из периферических отделов системы кровообращения в центральные. Для жизненно важных органов плода (мозг, печень, сердце) сохраняется нормальное снабжение кислородом, другие органы и системы (кожа, мышцы, кишечник и др.) испытывают недостаток. При недостаточном снабжении крови кислородом в коже происходят следующие моменты: снижается продукция сальных желез, уменьшается отложение сыровидной смазки, а это, в свою очередь приводит к десквамации и мацерации кожи. Это описано в синдроме Беллентайна-Рунге.

Показатели кислотно-щелочного состояния, насыщения крови кислородом, содержащие в крови молочной и пировиноградной кислот у новорожденных при перенашивании свидетельствовали о неблагоприятном влиянии этой патологии на плод. Метаболический ацидоз у таких новорожденных усилен, в связи с этим снижается насыщение артериальной крови кислородом, значительно повышается концентрация молочной кислоты в венозной и артериальной крови. С увеличением срока беременности метаболические нарушения в крови плода усиливаются, а его адаптационные резервы снижаются. В результате этого часто возникает аномалия родовой деятельности, в основе которого лежит нарушение маточно-плацентарного кровообращения, в следствии увеличивается число оперативных вмешательств. Внутриутробная асфиксия у таких плодов повышается в 5-10 раз чаще, по сравнению со своевременными родами.

Неблагоприятная экологическая ситуация может стать причиной травмирующего действия на организм. Это мы можем видеть в исследованиях многих авторов. Экспериментально исследования показали, что воздействуя на беременный организм животных ионизирующего излучения или сверхсильным звуковым раздражением или сочетанному воздействию аминозина или холода и др., то у них наблюдается часто увеличение продолжительности беременности. В связи с повреждением внутриутробного плода у животного могут развиваться компенсаторно-приспособительные реакции, в результате которых оно может сохранить свою жизнеспособность [9].

Экология, профессиональные вредности и образ жизни также влияют на продолжительность беременности. После аварии на Чернобыльской АЭС было зарегистрировано увеличение частоты перенесенной беременности на Украине и в Республике Беларусь [10]. Исследование Margerison-Zilko и соавт. [9], включившее анализ более чем 3,6 млн родов различных слоев населения за 8-летний период, подтвердило теорию, согласно которой воздействие экологического стресса в конце беременности связано с повышенным риском ее перенашивания. Так, у беременных женщин, испытывавших сильный стресс из-за событий сентября 2001 года в США и находившихся при этом в сроках 33-36 недель беременности, частота перенесенной беременности была выше, чем статистически ожидалось для всех расовых и этнических групп.

Данные исследования говорят, что некоторые формы аномалий развития плода (анэнцефалия, гидроцефалия, микроцефалия) предрасполагают к перенашиванию беременности, что также может быть связано с повреждающим фактором.

Результаты медико-экологических и гигиенических исследований убедительно свидетельствуют, что загрязнение атмосферного воздуха вызывает те или иные проявления токсических реакций у населения, начиная с ранних этапов онтогенеза [5].

Таким образом, к предпосылкам перенашивания беременности можно отнести плохую экологию. Учитывая данный фактор риска, следует более внимательно проводить диагностику перенесенной беременности, что в свою очередь может быть достигнуто в результате планирования беременности и обеспечением ранней явки беременных в женскую консультацию.

Литература

1. Беккер, С.М. Патология беременности / С.М. Беккер. – 1975. – С. 504-588.
2. Ликари, Л. Здоровье детей и окружающая среда / Л. Ликари, Л. Немер, Дж. амбурлини // Разработка планов действия. Италия. - 2006. - С. 13-23.
3. Федорова, М.В. Морфометрические различия плацент при пролонгированной и истинно перенесенной беременности М.В./ Федорова, А.П. Милованов, Т.Л. Смирнова // Вестник Чувашского гос. пед. универ. им. И.Я. Яковлева. – 2012. – Т. 2, № 1. – С. 168-172.
4. Хенри, Дж. А. Профилактика и лечение отравлений. Отделение медицинской токсикологии больничного треста Гая и св. Фомы. Лондон, Англия / Дж.А. Хенри., Х. М. Уайзман. – 1998. - С. 211-216.
5. Чижиков А.Я. Современные проблемы экологической патологии человека: учеб. пособие / Чижиков А.Я. – Москва, 2008. - С. 139-215.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. Obstet. Gynecol. 2014; 124(2,Pt1): 390-6. doi: 1097/01.AOG.0000452744.06088.48.
7. Clausson, B. Outcomes of post-term births: The role of fetal growth restriction and malformations / B. Clausson, S. Cnattingus, O. Axelsson // Obstet. Gynecol. – 1999. – Vol. 94. – 758 p.

8. Kortekaas, J.C. Recurrence rate and outcome of postern pregnancy, a national cohort study / J.C. Kortekaas, B.M. Kazemier, A.C. Ravelli et al. // Eut. J. Smith – 2015. – P. 210.
9. Margerison-Zilko, C.E. Post-term birth as a response to environmental stress / C.E. Margerison-Zilko et al. // The case of September 11. – 2001. – P. 13-20.
10. Shea, K.M. Postterm delivery: a challenge for epidemiologic research / K.M. Shea, A.J. Wilcox, R.E. Little // Epidemiology. – 1998. – P. 199-204.

ВЛИЯНИЯ НАСВАЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА (обзор литературы)

**М.М. Богатырева, А.С. Харсанова, Ю.С. Кучина,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Некурительные табачные изделия представляют широко распространенную проблему для общественного здравоохранения, существует много разнообразных бездымных табачных изделий и способов их употребления, а в некоторых странах он является преобладающей формой. Данной проблеме до сих пор уделяется недостаточное внимание во всем мире. По оценкам ВОЗ, в 2017 году как минимум 367 миллионов человек в возрасте 15 лет и старше употребляли бездымный табак.

Некурительные табачные изделия – это табачная продукция, потребление которой происходит без возгорания или пиролиза – путем рассасывания в полости рта (сосательный табак), жевания (жевательный табак) или вдыхания (нюхательный табак). При оральном потреблении, никотин из табака абсорбируется через слизистую рта, а при назальном – через слизистую носа. Они отличаются внешним видом, составом, уровнем токсичности, технологией изготовления, способом потребления, физиологическим эффектом.

Насвай – это вид бездымного табака для орального использования, который производится и используется в основном в Центральной Азии. Насвай имеет множество названий в зависимости от региона, где его производят, например насыбай, нас, нац, нос, айс, насыр, нацвай, анасвай, асмай, атмай.

Помимо насвая, существует большое количество других табакосодержащих изделий, употребляющих в различных точках мира. Например, в США-влажный снафс, Южной Америке- сухой снафс, в Мексике - чимо, в Африке - тумбак, в Индии - гутка, гулл в Швеции - снюс.

Распространенность. Непрерывно растет количество людей, употребляющих бездымные табачные изделия, что вызывает тревогу ВОЗ в отношении данной проблемы. Употребление бездымных табачных изделий выше среди мужчин, чем среди женщин, и, хотя этот вид табачных изделий используется во всех регионах ВОЗ, регион Юго-Восточной Азии на сегодняшний день характеризуется наибольшим числом пользователей -

82% всех пользователей во всем мире; в Европейском регионе две группы населения имеют длительную традицию употребления бездымного табака - жители скандинавских стран, особенно Швеции, где традиционно употребляется снюс и жители стран Центральной Азии, таких как Кыргызстан и Узбекистан, где насвай является наиболее широко распространенной формой бездымного табака. Сравнение данных Глобального опроса молодежи о потреблении бездымного табака в 2014 году показало, что в России 3,6% (95% ДИ 3,3-3,9%) подростков употребляют некурительные табачные изделия, что заметно выше по сравнению со средним уровнем в странах европейского региона ВОЗ 2,6% (95% ДИ 2,2-3,0%), в том числе в Казахстане 2,9% (95% ДИ 2,6-3,2%) для которых употребление бездымного табака в форме насвая является традиционным.

Опрос, проведенный в Кыргызской Республике в мае 2014 года (выборка: 4981 школьник из 62-х школ республики, отклик 86%), показал о недостаточно проводимой политике в борьбе против табака. К сожалению, среди подростков - школьников в возрасте 13-15 лет вырос уровень потребления всех видов табачных изделий; уровень потребления сигарет у мальчиков вырос на 2% (от 10% в 2008 году до 12% в 2014 году), а потребление насвая выросло в 2,5 раза среди мальчиков (от 3,2% до 7,6%), и более чем в 3 раза среди девочек (от 0,9% до 3%).

Способы изготовления бездымных табачных изделий. Фабричное производство насвая в настоящее время не организовано, производят его в домашних условиях, кустарным способом без соблюдения каких бы то ни было санитарных норм.

Таблица 1 - Насвай бывает двух видов: масляный и водяной

Маслянистый	Водяной
Используют порошок из табака или махорки (талхан), растительную золу, известь и предварительно прокаленное хлопковое масло. Растительную золу увлажненную небольшим количеством воды, смешивают с известью и загружают в барабан. После перетирания золы и извести в течение 15 – 20 мин. добавляют талхан и хлопковое масло. Смесь перемешивают в течение 15 – 20 мин. Получается жирная масса темно-зеленого цвета, которую продавливают через плетеное сито с отверстиями 2х2 мм. Их фасуют в узкие полиэтиленовые пакеты по 25 – 50 г.	Изготавливают путем смешивания талхана с порошком высушенного растения <i>Eremurus</i> (из семейства лилейных) в течение 2–3 мин., затем добавляют некоторое количество воды и извести, перемешивают, формируют, протирая через сито. Готовая продукция представляет собой крупинки диаметром 1,5–2 мм, светло- или темно-зеленого цвета.

Как видно из описания, оба способа получения насвай имеют определенные недостатки, главными из которых является наличие в рецептуре непищевых компонентов (зола, известь, иногда вместо извести используют куриный или верблюжий помет) нерегулируемое содержание никотина и полное отсутствие микробиологического и санитарного контроля за выпуском продукции.

И для сравнения рассмотрим способ изготовления шведского снюса. Компания SwedishMatchb 1970г., которая является одним из производителей шведского снюса, разработала и научно обосновала стандарт качества для шведского снюса GOTHATEK. Стандарт GOTHATEK гарантирует, что конечный продукт не превышает установленные лимиты. Этот стандарт регулирует содержание нежелательных компонентов и включает ограничения для свинца и афлатоксинов.

Таблица 2

Токсины	Лимит
Нитраты	3,5 мг/кг
Табако-специфические нитрозамины (TSNA)	5 мг/кг
N-нитрозодиметиламин	5мкг/кг
Бензапирен	10 мкг/кг
Кадмий	0,5 мг/кг
Свинец	1,0 мг/кг
Мышьяк	0,25 мг/ кг
Никель	2,25 мг/кг
Хром	1,25 мг/кг

Обязателен тщательный отбор табачного сырья, используются только здоровые листья, не поврежденные болезнями или вредителями, без посторонних запахов. Табак измельчают, фракционируют на рассеве, отбирают фракцию сырья, прошедшего через сито с ячейками размером 1х1 мм, определяют содержание никотина в отобранной фракции. Затем производят смешивание отобранной фракции табачного сырья с предварительно приготовленным водным раствором пищевой соли, тщательно перемешивают до получения однородной смеси, определяют в ней величину рН, вводят регулятор кислотности (бикарбонат натрия), затем смесь подвергают процессу пастеризации для уничтожения микробов и вредных веществ, содержащихся в табачном растении. Соль (NaCl) используется как консервант, сода (Na₂CO₃) как регулятор кислотности. Готовый продукт имеет вид порошка с влажностью 10-15 %, насыпают в банки или упаковывают в пакетики из пористой бумаги массой 0,3-1,0 г./5.

Способы употребления. Употребляют насвай путём закладывания его за губу или под язык. Причём, если продукт соприкасается с наружной поверхностью губы, то может возникнуть химический ожог. А если

проглотить слюну, возможны рвота или понос. Эффект от употребления наступает примерно, через 5-15 минут

Пакетик шведскогоснюса кладется под верхнюю губу, держать его во рту можно от 5 до 30 минут. Жевать или глотать снюс нельзя, однако слюну, которая выделяется при его употреблении, можно сглатывать.

Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики 24 марта 2016 года отправило образцы насвая для исследования санитарно-бактериологических показателей в Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи (Министерство Здравоохранения Российской Федерации), который показал, что образец продукции некурительного табачного изделия “Насвай” по санитарно-микробиологическим показателям не соответствует требованиям безопасности человека. В ходе исследования было обнаружено высокое содержание болезнетворных микроорганизмов: *Staphylococcus saprophyticus*, *Bacillus cereus* с гемолитическими свойствами, *Bacillus cereus mesentericus*, *Aspergillus* spp.

Химическое исследование насвая, изготовленного в Кыргызстане, проведенное в июле 2016 года в Masonic Cancer Center, University of Minnesota, США показал наличие:

1) высокой концентрации pH - 8.7 ± 0.03 , это вызывает повреждение тканей в ротовой полости, что способствует повышенной всасываемости различных токсичных и канцерогенных веществ из насвая;

2) 5,5 мг никотина в 1 грамме насвая из них более 81% никотина представлено в биологически доступной форме, т.е. непротонированный никотин (НН). НН легко проникает через мембраны клеток во рту и быстро всасывается в кровь, из-за чего большое количество никотина попадает в мозг, вызывая и поддерживая никотиновую зависимость;

3) высокая концентрация канцерогенных N-нитрозаминов: N'-нитросонорникотин (NNN), 4-(метилнитрозамин)-1-(3-пиридил)-1-бутанон (NNK), 4-(метилнитрозамин)-1-(3-пиридил)-1-бутанол (NNAL);

4) высокотоксические вещества, такие как толуол, этилбензол и p-, m-, и o-ксилолы.

По данным исследования к.м.н. Раганина М., который исследовал количественный и качественный химический состав насвая приобретенный в г. Караганда, были обнаружены компоненты обладающие либо токсическими (высокая обсемененность бактериями, высокое содержание нитрит ионов, хром, никель, свинец), либо канцерогенным (уровень табакоспецифических N-нитрозоаминов был повышен, бензапирен, кадмий, и мышьяк) действиями. Присутствие нитратов в табаке - это нормальное явление, т.к. они являются источниками азота, но излишнее увеличение их крайне нежелательно, т.к. они обладают высокой токсичностью для человека. При поступлении нитрит ионов в организм человека может развиваться метгемоглобинемия-гипоксия, вызванная переходом гемоглобина крови в метгемоглобин, который не способен переносить кислород.

Как известно, на количество нитрит ионов в табаке влияют микроорганизмы. Чем их больше, тем выше риск образования нитритов и последующего образования, присущих табаку N-нитрозаминов (табако-специфического нитрозамина). Повышенные показатели нитрит ионов связаны с высокими показателями логарифма количества колоний образующих единиц на грамм у исследуемых материалов, что говорит об отсутствии стерильных условий при изготовлении насвая и высокой степени обсемененности их во время изготовления, транспортировки и хранения. Как известно, способ хранения табачных изделий тоже влияет на уровень содержания нитрит-ионов и, соответственно, на показатели табако-специфического нитрозамина. Табако-специфические нитрозамины напрямую связаны с количеством нитрит ионов. Это можно объяснить, если проанализировать производство различных некурительных табаков. Так шведский снюс, начиная с 2002 г. изготавливался из табака воздушной сушки, а американский снафс и суданский снюс, используется из табака огневой сушки. Процесс тепловой обработки, используемый в Швеции с 1984 г., позволяет получать продукт с низким содержанием летучих нитрозаминов, а процесс ферментации, используемый в США, к примеру, сложнее контролировать, что повышает риск образования табако-специфического нитрозамина. Согласно отчетам, уровень табако-специфического нитрозамина (TSNA) в американском снафсе, приобретенном в США, в 20-600 раз превышает уровень в шведском влажном снюсе. Суданский снюс, иначе его называют тумбак, содержит концентрацию табако-специфического нитрозамина, в 100 раз превышающую уровень во влажном шведском снюсе. Показатель табако-специфических нитрозамины очень важен, так как их высокий уровень повышает риск развития сквамозно-клеточной карциномы ротовой полости и ротоглотки. При низком содержании TSNA вероятность возникновения сквамозно-клеточной карциномы ротовой полости и ротоглотки снижена до минимума.

N-нитрозодиметиламин высокотоксичен при малых дозах, особенно для печени, и является возможным канцерогеном для человека.

Присутствие бензапирена в насвае определяется в связи с тем, что в насвай добавляется зола, а бензапирен образуется при сжигании древесины, угля или других биомасс.

Бензапирен-это вещество первого класса опасности, опасен для человека даже при малой концентрации, поскольку обладает свойством биоаккумуляции, оказывает мутагенное действие и является канцерогенным для человека. Вызывает у человека рак легких, опухоли печени и молочной железы.

Соединения хрома вызывают местное раздражение кожи и слизистых, приводящее к их изъязвлению. Возможно, поэтому врачи обнаруживают у потребителей насвая язвы в полости рта. Помимо этого хром оказывает

общетоксическое действие, что сказывается в поражении печени, почек, ЖКТ, ССС.

Никель содержащийся внасеапри попадание в ЖКТ приводит к системному токсическому действию, обычно с неврологическими расстройствами. При кратковременном контакте с никелем самое распространенное последствие - аллергический контактный дерматит. Соединения кадмия ядовиты и также, как и бензапирен является канцерогеном. Кадмийтоксичен-это связано с его способностью связывать серосодержащие ферменты и аминокислоты.

Свинец относится к веществам, обладающим способностью накапливаться в различных органах и тканях с образованием стойких депо в организме. При остром отравлении наступают боли в животе, в суставах, судороги, обмороки. Может накапливаться в костях, вызывая их постепенное разрушение, концентрируется в печени и почках. Также отравление свинцом характеризуется поражением всех отделов головного мозга.

Мышьяк и его соединения характеризуются многогранностью токсических проявлений - действием на центральную и периферическую нервную системы, влиянием на хромосомы, поражениями сосудов, печени, почек, верхних дыхательных путей, ЖКТ. Воздействие высоких концентраций мышьяка увеличивает риск рака кожи, провоцирует развитие диабета.

Исследования, проводимые в различных странах.

В 2006 г. Международное агентство по исследованию рака пришло к выводу, что бездымный табак является канцерогеном, вызывая рак полости рта и поджелудочной железы.

По данным узбекских онкологов на 2016 г. 80% случаев рака языка, губы, полости рта, пищевода гортани были связаны с употреблением насая.

В рамках когортного исследования, проведенного в Швеции, было установлено, что употребление бездымного табака увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Группа научных сотрудников Института медицинских проблем Национальной академии наук (Ош, Кыргызстан) в 2007 году провела исследование влияния употребления насая на репродуктивную функцию мужчин. Впервые провели системное токсикологическое обследование 50 мужчин репродуктивного возраста – жителей Оша и Кара-Сууйского района, которые обратились к врачам по поводу бесплодия и пришли к выводу, что при употреблении насая прекращается выработка спермы, нарушается детородная функция, и шансов на ее восстановление практически нет. Исследования, проведенные в странах Юго-Восточной Азии, указывает на то, что употребление некурильных табачных изделий во время беременности ведет к высокому риску мертворождения, преждевременных родов, низкой массы тела ребенка при рождении.

Выводы:

1. Употребление бездымного табака вызывает серьезные заболевания, как и употребление всех других форм табака, однако эти риски в меньшей степени подтверждены документально, чем те, которые связаны с курением обычных сигарет.

2. Рост потребления насвая среди 13-15 летних школьников в 2014 году в Кыргызстане еще раз доказывает острую необходимость регулирования насвая на законодательном уровне также как регулируются сигареты.

3. Необходима разработка стандартов качества для некурительных табачных изделий производимых в Центральной Азии.

4. Производство, оборот, ввоз и употребление бездымных табачных изделий должны строго регулироваться, как и традиционные табачные изделия.

5. Вероятность того, что с уменьшением доступности обычных сигарет в связи с повышением налогообложения табака в некоторых странах СНГ существует риск того, что потребители, которые в настоящее время курят сигареты, переключатся на употребление насвая и других бездымных табачных изделий.

6. Стратегии, как подготовка компаний в средствах массовой информации и распространение информации о вреде бездымных табачных изделий, в том числе насвая, будут способствовать дальнейшему повышению медицинской грамотности населения.

Литература

1. Антошина, Е.Е. Канцерогенное действие хрома и его соединений / Е.Е. Антошина, Т.Г. Горькова // Эксперим. онкология. - 1992. - Т. 14. - С. 79.
2. Гамаюрова, В.С. Мышьяк в экологии и биологии / В.С. Гамаюрова - М.: Наука, 1993. – 208 с.
3. Горбунова, Н.В. Состояние лор-органов при свинцовой интоксикации / Н.В. Горбунова: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Алма-Ата, 1973. – 34 с.
4. Давлятова, Д.Д. Особенности профилактики гипертонической болезни в зависимости от состояния автономной нервной системы у больных и здоровых с наличием и без факторов риска / Д.Д. Давлятова: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2011. - 118 с.
5. Домшлак, М.Г. Адаптивный ответ организма на воздействие сульфата никеля / М.Г. Домшлак, Е.Н. Макарова-Землянская, А.Н. Осипов и др. // Токсикологич. вестн. - 2007. - № 3. - С. 21-25.
6. Измеров, Н.Ф. Свинец и здоровье / Н.Ф. Измеров // Гигиенич. и медико-биологич. монит. - Москва. - 2000. – 256 с.
7. Исаев, С.Ю. Профессиональные болезни / С.Ю. Исаев. - 2003.
8. Каплин, В.Г. Основы экотоксикологии / В.Г. Каплин. - М.: Изд-во «Колос». - 2006. – 232 с.
9. Касьянов, Г.И. Извлечение из табачного сырья технически ценных веществ гидрофильными и гидрофобными растворителями / Г.И. Касьянов, Д.Д. Можаяев // Проблемы создания нового поколения отечественных продуктов повышенной пищевой и биологической

- ценности - продуктов 21 века: сб. докладов научно-практ. конференции. - Углич, 1998. - С. 29-30.
10. Касьянов, В.Ю. Фондооснащенность и эффективность интенсивных технологий производства табачного сырья / В.Ю. Касьянов // Современные технологии пищевых продуктов нового поколения и их реализация на предприятиях АПК: сб. материалов научно-практ. конференции. - Углич, 2000. - С. 203-205.
 11. Корбакова, А.И. Свинец и его действия на организм (обзор литературы) / А.И. Корбакова, Н.С. Соркина, Н.Н. Молодкина и др. // Медицина труда и промышленная экология. - 2001. - №5. - С. 29-34.
 12. Мамырбаев, А.А. Токсикология хрома и его соединений: монография. / А.А. Мамырбаев. - Актобе. - 2012. - 284 с.
 13. Моисеев, И.В. Теоретическое обоснование и разработка технологий новых табачных изделий с заданными показателями качества / И.В. Моисеев: дис.... д-ра технич. наук. - Краснодар, 2007. - 351 с.
 14. Новиков Ю.В. Экология, окружающая среда и человек: учебное пособие для вузов и учащихся средних школ и колледжей / Ю.В. Новиков. - М., 2002. - 560 с.
 15. Нозиров, Д.Х. Некоторые аспекты эпидемиологии ишемической болезни сердца и ее основных факторов риска в Вахдатском районе Республики Таджикистан / Д.Х. Нозиров: дис. ... канд. мед. наук. - Душанбе. - 2006. - 120 с.
 16. Окшина, Л.Н. Влияние свинца на состояние функции поджелудочной железы: клинико-экспериментальное исследование / Л.Н. Окшина: дис. ... канд. биол. наук. - Алма-Ата. - 1989. - 239 с.
 17. Пуздрова, Н.В. Теоретическое обоснование и разработка системы оценки и регулирования качества курительных изделий / Н.В. Пуздрова: дис.... канд. технич. наук. - Краснодар, 2004. - 256 с.
 18. Сакиев, А.Э. Совершенствование технологии комплексной переработки табака и махорки в условиях Кыргызской Республики / А.Э. Сакиев: дис.... канд. технич. наук. - Краснодар, 2003. - 175 с.
 19. Татарченко, И.И. Научное обоснование и разработка комплексных методов оценки качества пищевкусовых продуктов: табака, чая, кофе / И.И. Татарченко: дис.... д-ра технич. наук. - Краснодар, 2003. - 400 с.
 20. Anawar, H.M. Arsenic poisoning in groundwater: health risk and geochemical sources in Bangladesh / H.M. Anawar, J. Akai, K.M. Mostofa et al. // Environ. Intern. - 2002. - V. 27. - P. 597-604.
 21. Casale, G.P. Detection and quantification of depuratedbenzo[a]pyrene-adducted DNA bases in the urine of cigarette smokers and women exposed to household coal smoke / G.P. Casale, M. Singhal, S. Bhattacharya et al. // Chem Res Toxicol. - 2001. - № 14. - P. 192-201.
 22. Foulds, J. Is low-nicotine Marlboro snus really snus? / J. Foulds, H. Furberg // Harm Reduct J. - 2008. - P. 5-9.
 23. Foulds, J. Effect of smokeless tobacco (snus) on smoking and public health in Sweden / J. Foulds, L. Ramstrom, M. Burke et al. // Tob Control. - 2003. - V. 12, N 4. - P. 349-359.
 24. Lar, E. Swedish snus and the GOTHIA TEK® standard / E. Lars et al. // Harm Reduct J. - 2011. - P. 8 - 11.

25. Osterdahl, B. Tobacco-specific N-nitrosamines in the saliva of habitual male snuff dippers / B. Osterdahl, S. Slorach // Food Addit. Contam. - 1988. – P. 581-586.
26. Rodu, B. Smokeless tobacco and oral cancer: a review of the risks and determinants / B. Rodu, C. Jansson // Crit Rev Oral Biol Med. - 2004. - Vol. 15. - P. 252-263.

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ КРОВИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

О.А. Болбачан¹, Д.Д. Ибраимова¹, Г.К. Канатбекова²,

¹Кыргызско-Российский Славянский университет,

**²Кыргызская Государственная Медицинская академия
им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызстан**

Кровь и ее компоненты являются одним из самых важных и дорогостоящих стратегических запасов государства. На службу крови возлагается ответственность в обеспечении достаточного количества донорской крови, ее качества и безопасности при проведении гемотрансфузионной терапии. На службу крови возлагается ответственность в обеспечении достаточного количества донорской крови, ее качества и безопасности при проведении гемотрансфузионной терапии. В период становления независимости Кыргызской Республики наблюдалось снижение числа доноров, крайняя изношенность материально-технической базы, отсутствие высококвалифицированных кадров, что не позволяло обеспечить высокие требования, предъявляемые к качеству и безопасности компонентов и препаратов крови.

Цель исследования: анализ состояния и деятельности национальной службы крови на основе изучения системы предоставления услуг по трансфузиологии.

Материал и методы исследования

Объект исследования: центр крови. В исследовании использован аналитический метод исследования по изучению организации деятельности службы крови на территории КР.

Результаты и их обсуждения

Республиканский центр крови (РЦК) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики является основным государственным учреждением по вопросам трансфузиологии в системе здравоохранения.

Основные направления деятельности РЦК являются: пропаганда донорского движения; формирование донорских кадров; обеспечение организаций здравоохранения республики безопасными компонентами и препаратами крови, и другими инфузионно-трансфузионными средами, необходимыми для оказания трансфузионной помощи населению;

целенаправленное развитие трансфузионной службы с использованием современных форм и методов работы; проведение научно-исследовательской работы по вопросам трансфузионной медицины.

Основные направления деятельности РЦК:

- проведение работы с населением и донорами по кроводаче;
- организация в соответствии с требованиями инструкций, стандартов и действующих приказов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики полного тестирования донорской крови и ее компонентов;
- осуществление заготовки, переработки, хранения и обеспечения безопасности донорской крови и ее компонентов в соответствии с ГОСТами, с действующими инструкциями, техническими условиями и производственными регламентами;
- проведение донорского плазмафереза, цитофереза, криоконсервирования компонентов крови, заготовки и хранения стволовых клеток, аутологичной донорской крови и т.д.;
- проведение работы по усовершенствованию заготовки крови, ее компонентов и препаратов, для повышения безопасности гемотрансфузий, а также внедрение в клиническую практику организаций здравоохранения новых компонентов крови;
- координация и удовлетворение потребности организаций здравоохранения в компонентах крови и ее препаратах;
- осуществление систематического контроля за заготовкой, хранением и рациональным использованием компонентов и препаратов, заготовленных из донорской крови в организациях здравоохранения;
- проведение аудитов случаев посттрансфузионных осложнений и обучения специалистов, занимающихся гемотрансфузией, разработка и проведение мероприятий по профилактике посттрансфузионных осложнений;
- разработка нормативно-технической документации, стандартов, регламентирующих производственную деятельность по заготовке и производству крови;
- осуществление пропаганды донорского движения, в том числе, через средства массовой информации;
- проведение в установленном порядке аттестации медицинских работников на соответствие занимаемой должности, квалификационную категорию работников службы крови и организует проверку знаний и навыков специалистов организаций здравоохранения по трансфузионной медицине;
- осуществление оперативной деятельности и контроля по материально-техническому обеспечению, созданию запасов расходных материалов и осуществлению работы организаций службы крови республики;
- внедрение передового опыта и новых научных достижений по заготовке и переработке донорской крови, использованию компонентов и препаратов крови;

- проведение научно-исследовательской работы по вопросам трансфузионной медицины;
- организация информационно-издательской деятельности по обеспечению организаций службы крови и организаций здравоохранения республики нормативными методическими документами по работе службе крови.

Организационная структура РЦК формируется и утверждается Министерством здравоохранения Кыргызской Республики (рисунок 1).



Рисунок 1 - Организационная структура службы крови Кыргызской Республики

В таблице 1 отражена структура РЦК Кыргызской Республики. Трансфузионная помощь в Кыргызской Республике в настоящее время осуществляется на базе 5 центров крови, 1 областного филиала РЦК (г. Баткен) и 39 отделений трансфузиологии.

В настоящее время в отечественной службе крови работают: 159 (22,0%) врачей; 96 (35,0%) медицинских сестер и 97 (21,0%) младшего медицинского персонала.

Таблица 1 - Структура Республиканского центра крови Кыргызской Республики

№ пп	Регион	Центр крови	Отделение трансфузиологии	Областной филиал РЦК
1.	г. Бишкек	1	2	-
2.	Чуйская область	-	5	-
3.	Нарынская область	1	4	-
4.	Иссык-Кульская область	-	8	-
5.	Таласская область	1	1	-
6.	Ошская область	1	6	-
7.	Жалал-Абадская область	1	8	-
8.	Баткенская область	-	5	1
9.	КР	5	39	1

В таблице 2 представлена штатная структура службы крови КР по врачебному персоналу, в зависимости от выделенных ставок по регионам Кыргызской Республики. Обеспеченность врачами в зависимости от выделенных ставок, является достаточно стабильной. Укомплектованность штатов службы крови по республике составляет 81,0%. Штатные единицы по республике составляют - 109,25, занятые - 102,25. Необходимо отметить, что не занято 7 штатных единиц.

Таблица 2 - Штатная структура службы крови КР по врачебному персоналу

№ пп	Регион	Штатные единицы	Занятые	Физические лица
1.	Иссык-Кульская область	5,75	5,25	6
2.	Таласская область	5,5	5,0	4
3.	Баткенская область	7,75	6,75	8
4.	Нарынская область	6,0	5,75	7
5.	Жалал-Абадская область	17,0	15,0	16
6.	Ошская область	13,75	14,0	14
7.	ОТ Чуйской области	4,5	4,0	5
8.	ОТ г. Бишкек	9,0	8,5	7
9.	РЦК	40,0	38,0	33
Всего		109,25	102,25	100

В 17 отделениях трансфузиологии имеется всего по 0,25 - 0,5 ставки врача. Во многих отделениях трансфузиологии врачи работают по совместительству в должности заведующих, что приводит к отсутствию надлежащего контроля и снижению качества работы. При этом, основную

функцию по трансфузиологии осуществляет средний медицинский персонал (в том числе и медицинское освидетельствование доноров).

На рисунке 2 представлена динамика обеспеченности медицинскими кадрами службы крови республики в период с 2008 по 2017 годы.

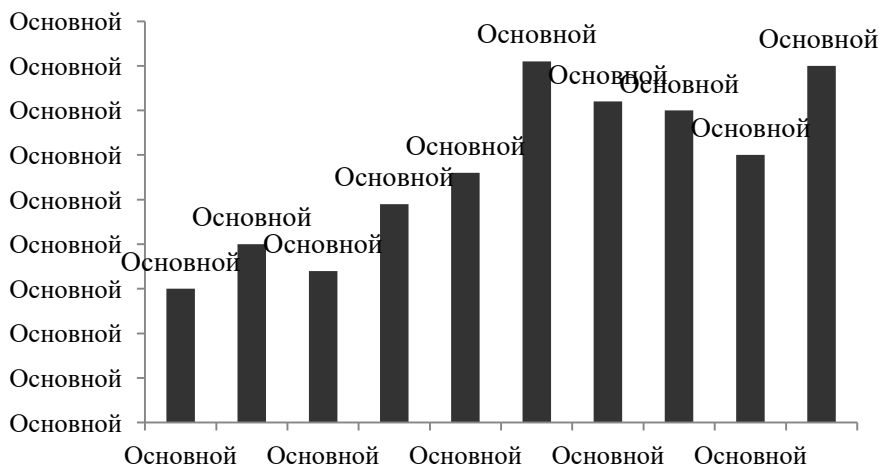


Рисунок 2 - Обеспеченность кадрами службы крови Кыргызской Республики

Как видно из представленного рисунка обеспеченность медицинскими кадрами на протяжении 10 лет находится на уровне от 90 до 95,0%.

Таким образом, обеспеченность медицинскими кадрами службы крови республики является удовлетворительной. Для усиления кадрового потенциала службы крови регулярно проводится непрерывная подготовка специалистов службы крови и клинических трансфузиологов на базе организаций постдипломного образования.

Литература

1. Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республики: закон от 23 июня 2004 г. / в редакции от 1 декабря 2017 г. № 197 // Норматив.акты Кырг. Респ. – 2004. – Режим доступа: http://base.spinform.ru/show_doc.fwx?rgn=6718.
2. Карабаев, Б.Б. Сборник правил, инструкций и первичной медицинской документации по службе крови / Б.Б. Карабаев, З.С. Жанузаков, А.Б. Сатыбалдиева и др. // Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. - Бишкек, 2016. - 375 с.

МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

С.С. Борсокбаева, М.Ж. Кудаярова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Среди многочисленных условий внешней среды, постоянно действующих на организм человека, алиментарный (пищевой) фактор имеет наибольшее значение. Влияние питания на здоровье человека занимало человечество с древних времен, существовали определенные требования к правильному питанию. Первая античная теория питания связана с именами Аристотеля и Галена. Она основана на том, что питание всех структур организма проходит за счет крови, которая непрерывно образуется в пищеварительном тракте из пищевых веществ, в результате процессов, схожих с брожением, она очищается и используется для питания всех органов и тканей. Пифагор (570-470 гг. до н.э.) проповедовал идеи вегетарианства, отказ от продуктов животного происхождения и рекомендовал питаться хлебом, медом, сырами и вареными овощами. Последователь Пифагора Платон, в своем сочинении «О республике» доказывает, что в идеальном государстве люди должны придерживаться в питании разумных правил, т.е. питаться хлебом, оливками, сыром, фигами, горохом, капустой, бобами, луком, орехами, умеренно запивая плоды вином. По мнению Платона, животная пища приводит к воспитанию в человеке животных инстинктов и войн. Овидий (1 век до н.э.) к числу блюд, удовлетворяющих здоровый неиспорченный аппетит, причислял фики, орехи, финики, сливы, виноград, яблоки, оливы, редис, лук, а также мед, яйцо и молоко. Современник Овидия поэт Гораций считал, что растительные блюда более соответствуют поэтическому гению, чем мясная пища. Сенека (1 в.н.э.) говорил: «Рабов своего брюха следует причислять к числу низших животных, а не людей». В свою очередь Плутарх (1-11 в.н.э.) тоже проповедовал умеренность в еде и рекомендовал воздерживаться от мяса. «Я удивляюсь тому, кто допустил на своем столе искаженные формы мертвых тел», - писал он. По мнению Музония (1 в.н.э.), люди, употребляющие простую пищу, сильнее, рабы сильнее господ, жители деревни сильнее обитателей городов и богатые менее сильны, чем бедные [1].

Недоедание негативно отражается на умственном и физическом развитии детей и подростков. Об этом в свое время известный врач Флоринский В.М. писал: «Не говоря о скудной недостаточности пищи, влекущей за собой упадок питания и недостаток развития, род пищи отражается на наружном виде питомца. Взгляните на детей, вскормленных хлебом и картофелем, и на детей, развивающихся в более благоприятных условиях: между теми и другими вы увидите значительную разницу. Первые представляются сырыми, золотушными, с сильным развитием живота и лимфатической системы. Тогда как вторые имеют умеренную полноту, свежесть и цветущий вид... Пришибленное, униженное и разоренное

население с первого раза бросится в глаза своей физической и нравственной неразвитостью. Поставьте этих же самых людей в более благоприятные условия материального быта, и они не замедлят догнать в развитии своих более счастливых соседей. Жители, поработанные, коснеющие в бедности и невежестве, могут в продолжение целых веков не только двинуться вперед, но потерять и то, что имели. Разорение и рабство служат первым шагом к вырождению нации» [2].

Общеизвестно, что недоедание становится одной из причин высокого уровня смертности в слаборазвитых странах, главным образом среди детей. По данным ВОЗ (2017) 821 миллион человек голодает, каждый девятый человек ложится спать голодным, более 150 миллионов детей отстают в росте. Даже страны, имеющие колоссальные достижения в развитии технологий, часто даже не обеспечены продуктами питания.

Однако следует полагать, что не исчерпание ресурсов, перенаселение или развитие науки и медицины станут определяющими в изменении алгоритма роста населения. По утверждению экспертов Международной организации питания, и в настоящее время есть достаточно пространства и ресурсов на планете для принципиальной возможности обеспечить питанием 20-25 миллиардов человек [3].

Изучая медицинские аспекты питания населения, мы пришли к выводу о том, что на характер и качество питания большое влияние оказывает и социальный фактор. В государствах, где углубляется имущественное расслоение общества, возрастает социальная роль питания населения. Степень активности, участие граждан в общественной жизни, его социальная мобильность зависят от уровня жизни, в частности, от достаточного и качественного питания. Нельзя обвинять в лени и неумении жить полуголодного человека, так как в этом случае, лень проявляется как форма адаптации человека, ответная физиологическая реакция, которая связана с недостатком энергетических ресурсов человеческого организма, связанного с недоеданием. Надо полагать, что проблемы решения вопросов питания всего человечества будет постоянно сталкиваться с теми или иными факторами глобального значения до тех пор, пока человечество не научится их решать.

Стереотип питания населения Кыргызстана складывался из особенностей образа жизни, обусловленного спецификой кочевого скотоводства, несмотря на некоторое распространение земледелия у киргизов, до третьей четверти XIX века. Состав их пищи определялся господством скотоводческого хозяйства: в пище преобладали молочные продукты и мясо [4].

Наши исследования в советский период показывают, что питание населения обогатилось за счет продуктов пчеловодства, садоводства, расширения производства продуктов пищевой промышленности. В быт жителей республики входили различные формы организации общественного питания, но все же, основными продуктами населения оставались зерновые

и молочные продукты. Пища современных кыргызов разнообразится за счет овощей, фруктов, бахчевых культур и др. Однако реальное питание населения составляют хлеб, овощи, молоко и молочные продукты. В период независимости структура питания населения Кыргызстана зависит от принадлежности индивида к той или иной социальной группе. С одной стороны богатый слой населения страдает от переедания и среди представителей этой группы отмечается рост ожирения, развития сердечно-сосудистых заболеваний и др. С другой стороны бедное население недоедает и вынуждено питаться дешевыми, более доступными и менее ценными пищевыми продуктами, что отражается на состоянии их здоровья и трудоспособности населения. Характерными для этих слоев населения является белково-калорийная недостаточность, гиповитаминозы, микроэлементозы.

Снижение качества питания населения в последние двадцать лет отмечается во всех государствах СНГ. К примеру, по данным социологических исследований в Республике Беларусь ежедневно потребляют мясо 22,8%, молоко 59,2%, сливки сметану 39,8%, сливочное масло 45,1%, животный жир 38,5%, фрукты 21,6%, свежие овощи 37,0%, рыбу 2,4%, сыр 13,9% респондентов. Эти показатели выше, чем в Кыргызстане, однако они не соответствуют физиологической потребности организма человека [5].

Отсутствие реальной программы развития, безуспешное копирование различных моделей развития европейских и восточных государств, привели к серьезному кризису в экономике и социальной сфере, что негативно отразилось на питании и здоровье населения. Данные статистики свидетельствуют о значительном сокращении продолжительности жизни населения Кыргызстана и в первую очередь – работоспособных мужчин. Увеличилось число инфекционных и неинфекционных заболеваний, в частности туберкулёза, рака, железодефицитной анемии, йододефицита и др.

Таким образом, для сохранения здоровья и нормальной жизнедеятельности населения, необходимо обеспечить полноценное и достаточное питание каждого индивида. Основные проблемы, связанные с нерациональным питанием – это снижение трудоспособности, продолжительности жизни, увеличение заболеваемости населения. Сохранение здоровья населения – государственная задача, выполнение её требует обеспечения достаточного, качественного и безопасного набора основных продуктов питания доступных для всех слоев населения.

Литература

1. Смоляр, В.И. Рациональное питание / В.И. Смоляр. - Киев, 1991. – С. 102-103, 253-270
2. Флоринский, В.М. Усовершенствование и вырождение человеческого рода / В.М. Флоринский. - Томск, 1995. – С. 62.
3. Исследования фискальной устойчивости. Всемирный банк/ Министерство финансов, 2002.

4. Абрамзон, М. Киргизы и их этногенетические и историко-культурные связи / М. Абрамзон. - Фрунзе, 1990. – С. 152-162.
5. Даний, Т. Динамика уровня и качества жизни населения республики Молдова в условиях радикальных перемен в обществе / Т. Даний // Сб. Образ жизни и здоровье населения новых независимых государств. – Минск, 2003. – 207 с.

К ВОПРОСУ О ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ АКАДЕМИКА П.К. АНОХИНА

**А.Г. Зарифьян, Е.М. Бебинов, Л.В. Щербак, Э.Д. Момунова,
В.А. Вейберов, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**



Учение о функциональных системах, разработанное академиком П.К. Анохиным и получившее развитие в течение многих десятилетий в трудах его учеников, является основой системного подхода в физиологии. По выражению самого ученого, «использование теории функциональных систем педагогами, медиками, музыкантами и многими другими специалистами позволяет с достаточной степенью уверенности утверждать, что в общей теории функциональных систем были нащупаны в самом деле универсальные черты функционирования, относящиеся к различным классам явлений».

Принцип системного подхода в настоящее время используется не только в физиологии, но и прочно вошел в методологический аспект психологов, психофизиологов, генетиков. Многие узловые механизмы функциональной системы используются в ряде клинических дисциплин (особенно неврологических). Следует заметить, что школа П.К. Анохина, возглавлявшаяся профессором К.В. Судаковым, применила и объяснила много новых положений, послуживших вскрытием ряда сложных механизмов в работе системы.

В настоящем сообщении мы в качестве гипотезы остановились на возможности использовать принципы функциональной системы П.К. Анохина для контроля за расширением возможностей в работе системы,

контроля и слежения за эффективностью выявления состояний конечного результата, динамики системообразующего фактора.

Во многих физиологических исследованиях и клинических разработках в настоящее время о напряжении физиологических механизмов судят по показателям кардиоинтервалограммы.

Из характеристик спектрограммы изменение волновой структуры, связанной с вариабельностью КИГ, отражающих динамику элементов функциональной системы (в работе К.В. Судакова использовались статистические характеристики интервалграммы, соотношенные с динамикой “квантов” функциональной системы). Было выбрано соотношение LF/HF, являющееся интегральным показателем вагосимпатического баланса. После сделанных расчетов показано, что это соотношение наиболее объективно отражает состояние системообразующего фактора. Доказано, что в процессе развития учения П.К. Анохина большинство функциональных систем гомеостатического уровня, как правило, представлено только внутренними, в большинстве своем генетически детерминированными механизмами саморегуляции. Полезные приспособительные для организма результаты деятельности этих функциональных систем обеспечиваются в основном автономными неконтролируемыми произвольно механизмами. Авторы методики КИГ (Баевский Р.М. и др.) предложили несколько приемов обработки ряда кардиоинтервалограмм. Среди них достаточно строгим методом представляется спектральный анализ. При нем показатель соотношения медленных и быстрых волн LF/HF может быть рассмотрен как цифровое выражение системообразующего фактора. Мы полагаем, что если функциональную систему подвергнуто повторяющейся нагрузке, то при повторных воздействиях повторные проявления функциональных элементов (активация рецепторов, состояние афферентных и эфферентных потоков, работа акцепторов результата действия, программные механизмы и решения) должны устранять лишние элементы и конечный результат будет отражать более “откристаллизованные” значения LF/HF (по П.К. Анохину).

Цель исследования. Найти возможности оценки состояния функциональной системы студентов, анализируя данные кардиоинтервалограммы, регистрируемой в процессе дыхательной нагрузки.

Материалы и методы исследования

Обследовались студенты ВУЗа обоих полов в количестве 24-х человек в возрасте 18-25 лет. Ход обследования был разделен на этапы:

1. Регистрация КИГ в течение 2-х минут у обследуемого студента в покое.
2. Регистрация КИГ после первой задержки дыхания.
3. Регистрация КИГ после второй задержки дыхания.
4. Регистрация КИГ после третьей задержки дыхания.

В качестве исходной нагрузки мы применяли пробу Штанге, модифицировав ее пробой задержки на вдох 60 сек. Пробу повторяли

трижды, а после каждой задержки записывали и анализировали КИГ в течение 2-х минут.

Результаты и обсуждение

В таблице представлены поэтапные результаты средних значений КИГ (данные статистического анализа и спектральные характеристики).

Таблица - Динамика усредненных показателей ВСР на различных этапах задержки дыхания

Показатель	Фон	После 1 задержки	После 2 задержки	После 3 задержки
ЧСС	77.09±1.47	81.64±1.34	79.32±1.51	78.01±1.68
Индекс напр.	86.12±9.27	76.04±7.09	93.09±9.17	88.75±8.04
Амо	41.27±3.12	35.93±2.53	39.48±2.67	39.37±1.89
LF HF	1.07±0.09	2.17±0.08	1.7±0.10	1.35±0.15
Total	2691.88±313.32	3077.12±295.46	2643.35±244.17	2391.65±218.91

Вариабельность ритма сердца, рассмотренная сотрудниками К.В. Судакова при анализе «квантов» трудовой деятельности, до нагрузки и после послужила в нашей работе примером аналогичного методического подхода.

Сравнивая значения этого соотношения между нагрузками, можно полагать, что первая задержка отражает процесс удаления лишних элементов функциональной системы и переход ко второй нагрузке сделал более точным приближение к конечному результату (системообразующему фактору LF/HF).

При спектральном анализе кардиоинтервалограммы выявлено, что значения индекса вагосимпатического взаимодействия (LF/HF) уже после первой задержки подтверждают наличие процесса централизации регуляции ритма сердца. При этом волновая структура спектра кардиоинтервалограммы испытуемых изменяется в сторону уменьшения общей мощности спектра.

В приведенных авторами таблице усредненных значений спектрального анализа и рисунке, отражающем индивидуальные значения каждого испытуемого, видна отчетливая динамика соотношения LF/HF, изменяющегося после каждого 60-ти минутного гиперкапнического и гипоксического воздействия.

Снижение LF/HF от фоновых значений и до последних замеров отражает процесс освобождения функциональных систем от незначительных элементов, не играющих весомой роли в формировании системообразующего фактора.

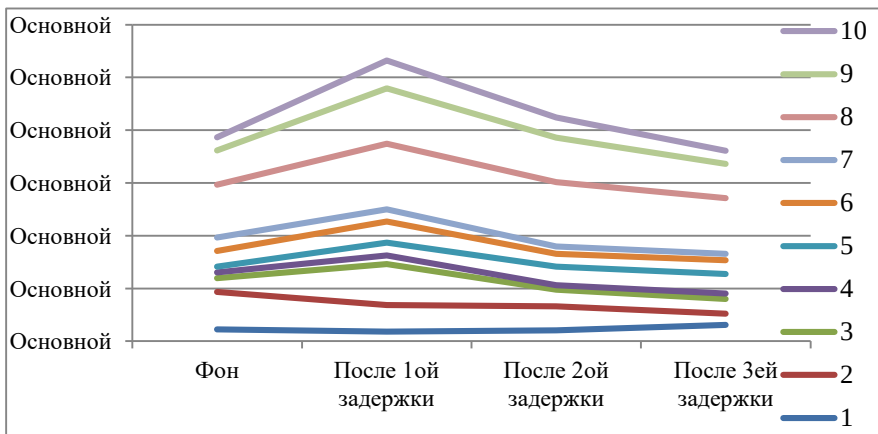


Рисунок - Результаты индивидуальных значений спектрального анализа по значениям LF/HF каждого испытуемого по окончании каждой задержки дыхания

Заключение. Опираясь на положения системного подхода, правомерно полагать, что наблюдение за динамикой соотношения LF/HF индивидуально у каждого испытуемого позволяет вести контроль за освобождением функциональной системы от усложняющих элементов при формировании системообразующих факторов и видеть количественное выражение.

Таким образом, полученные результаты позволяют сделать выводы:

1. Характеристики variability сердечного ритма (BCP), снятые у студентов, явились фоном для последующих исследований.
2. Задержка дыхания приводит к изменению показателей BCP, что отражает значительное повышение активности симпатических механизмов вегетативной нервной регуляции.
3. Вторая задержка также поддерживает высокую активность симпатических образований, но в несколько меньшей степени по сравнению с первой.
4. Близкие значения показателя вагосимпатического баланса (LH/HF), отмечаемые после последующих задержек, отражают степень освобождения функциональной системы от избыточных элементов при формировании акцептора результата действия.

Литература

1. Анохин, П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: Медицина, 1974 – С.-446 .
2. Анохин, П.К. Химический континуум мозга как механизм отражения действительности / П.К. Анохин // Вопр. философии. – 1970. - № 6. - С. 107-118.

3. Баевский, Р.М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Р.М. Баевский, О.И. Кириллов, С.Э. Клецкин. - М.: Наука, 1984. - С. 214.
4. Баевский, Р.М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (часть 1) / Р.М. Баевский // Вестник Аритмологии. - 2001. - № 24. - С. 65
5. Судаков, К.В. Общая теория функциональных систем / К.В. Судаков. - М.: Медицина, 1984. - С. 224.
6. Судаков, К.В. Опыт применения теории функциональных систем для оценки состояния здоровья человека в реальных производственных условиях / К.В. Судаков // Вестн. АМН СССР. - 1984. - № 1. - С. 10-19.
7. Судаков, К.В. Системное построение функции человека. - Избранные лекции по нормальной физиологии, 1999, [Электронный ресурс], Режим доступа - <http://medin.dp.ua/index.php?id=16>

БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСТАНА

Р.О. Касымова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Болезни системы кровообращения в начале XX века занимали не более нескольких процентов в структуре патологии населения. Изменившийся образ жизни населения, индустриализация, урбанизация с психоэмоциональным стрессом и другими факторами риска цивилизованного общества, а также улучшающаяся диагностика болезней резко увеличили долю болезней системы кровообращения.

Цель исследования: оценка ситуации по заболеваемости, инвалидности и случаев болезней системы кровообращения в Кыргызской Республике для разработки рекомендаций по их профилактике.

Материалы и методы

При проведении исследования были проанализированы Нормативно правовая документация и статистические данные по, болезням системы кровообращения Минздрава КР (РМИЦ) и Национального статистического комитета КР.

Результаты их обсуждения

Сегодня болезни системы кровообращения стоят на первом месте по причинам смертности населения Кыргызской Республики (в 2016 г. – 50,8%) и обуславливают 16,0% причин инвалидности взрослого населения [1].

При анализе ситуации по основным показателям здоровья населения, обусловленным болезнями системы кровообращения за период с 1990 по 2016гг. (26 лет), можно проследить следующие тенденции: в 1990 году уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения составлял 560

человек, а уровень смертности – 266 на 100000 населения. В 1995 году уровень заболеваемости и смертности были почти равны (350 и 319 человек на 100000 населения, соответственно), а с 1996 года начинается стабильный рост заболеваемости, которая достигла к 2016г. 829 на 100000 населения (рост в 2,6 раза). Уровень смертности достиг максимума в 2006г, составив 354,4 на 100000 населения, после чего, отмечается стойкая тенденция к снижению показателя (2016г. – 279,9 на 100000 населения; -21% по сравнению с уровнем 2006г.) [2].

Причины первичной инвалидности стали фиксироваться в формах статистической отчетности медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) с 1999г. С этого периода отмечается изменение показателя аналогично показателю заболеваемости и только с 2012 года уровень инвалидности начал снижаться [3]. В 2016 году было впервые признано ограничение возможности здоровья по причине болезней системы кровообращения у 40 человек на 100000 населения (рисунок 1).

Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни составляют так называемую группу «социальных болезней», то есть виновниками этих заболеваний выступают достижения цивилизации человечества, а основными причинами являются высокое распространённость факторов риска – курения, ожирения, малоподвижного образа жизни, несбалансированного питания, стрессов и другие. Наличие гипертонической болезни, особенно на фоне нарушенного липидного обмена, представляет собой большую угрозу развития цереброваскулярных заболеваний, мозгового инсульта и ишемической болезни сердца.

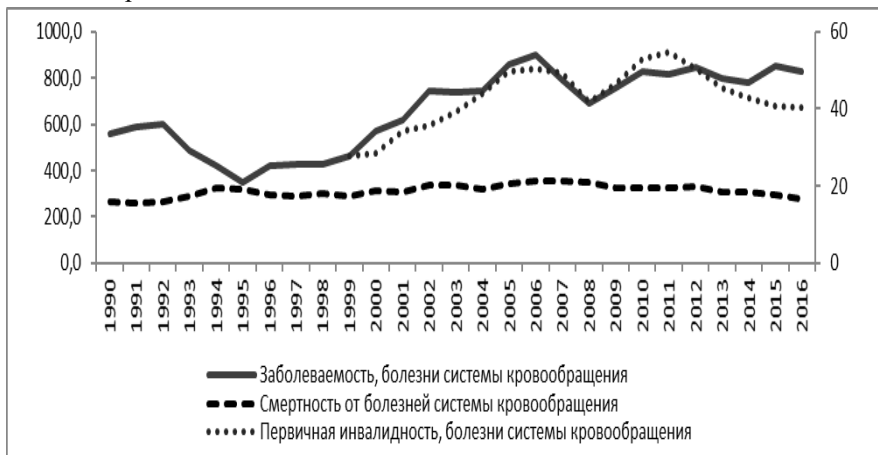


Рисунок 1 - Динамика показателей заболеваемости, первичной инвалидности и смертности от болезней системы кровообращения (на 100 000 населения). Источник: РМИЦ, НСК

Одним из самых распространенных заболеваний является гипертоническая болезнь, на долю которой приходится немногим менее половины (47,5%) всех впервые выявленных случаев болезней системы кровообращения.

Уровень заболеваемости гипертензивными расстройствами вырос за анализируемый период в 3 раза (1990 г. – 132,6, 2016 г. – 394,1 на 100000 населения), уровень смертности, напротив, снизился на 36,6% (1990г. – 10,4, 2016г. – 6,6 на 100000 населения) [4]. Повышение уровня заболеваемости напрямую связано с усилением работы по раннему выявлению повышенного артериального давления для своевременного проведения профилактических мероприятий. На графике, в период после 2000 года, заметно снижение показателей смертности при росте показателей заболеваемости (т.е. улучшения выявляемости гипертензивных расстройств в данный период), и наоборот.

Уровень смертности мужчин по причине гипертензивных расстройств в возрасте 18-64 года в 2016 г. в 1,7 раз превышает уровень смертности женщин в этой же возрастной группе. По данным проведенных в республике исследований отмечается низкий уровень использования услуг первичной медико-санитарной помощи мужчинами. Отсутствие головной боли или каких-либо изменений в физическом состоянии и работоспособности, является основной причиной не обращения мужчин за медицинской помощью, даже на фоне высоких показателей АД [5].

В 90-х годах уровень смертности от цереброваскулярных болезней, основную долю которых составляют инсульты, превышал уровень заболеваемости практически в 2 раза. В середине 90-х годов отмечается рост смертности от цереброваскулярных болезней. В 2003 году уровень заболеваемости превысил уровень смертности, достигнув максимума (170,6 на 100000 населения). Начиная с 2006 года отмечается устойчивая тенденция к снижению смертности, а с 2012г. – некоторая тенденция к снижению заболеваемости цереброваскулярными болезнями.

Неуклонно продолжает расти заболеваемость и смертность населения от ишемической болезни сердца (рисунок 2). За период с 1990 года заболеваемость данной патологией увеличилась в 2,5 раза (с 66,4 в 1990 г. до 167,8 на 100000 населения в 2016 г.), смертность – в 1,4 раза (с 130,2 в 1990 г. до 182,9 на 100000 населения в 2016 г.). Некоторая тенденция к снижению уровня смертности (при продолжающемся росте заболеваемости) началась с 2013г. Наиболее грозное осложнение ишемической болезни сердца - острый инфаркт миокарда.

В 90-е годы уровень смертности от острого инфаркта миокарда превышал уровень заболеваемости, такая же ситуация наблюдается и с 2009 года по настоящее время. Максимальный уровень смертности от острого инфаркта миокарда наблюдался в 1994 году (28,5 на 100 000 населения), максимальный уровень заболеваемости – в 2006 году (21,5 на 100 000 населения). С 2010 года отмечается постепенное снижение уровня

смертности (-13,6%), и заболеваемости (-47,7%) острым инфарктом миокарда. Соотношение женщин и мужчин среди умерших от острого инфаркта миокарда составляет 1:2, а в трудоспособных возрастах - 1:6.



Рисунок 2 - Динамика заболеваемости и смертности от ишемической болезни сердца (на 100 000 населения). Источник: РМИЦ, НСК

Несколько улучшить ситуацию по снижению показателей смертности от сердечно сосудистых - заболеваний помогли мероприятия, реализуемые в рамках Национальной программы «Здоровое сердце – каждому кыргызстанцу до 2010г.» (1999г.), Национальных программ реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» и «Ден Соолук», «Программы по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 гг.».

Следует отметить необходимость новых подходов к профилактике болезней системы кровообращения, направленных как на борьбу с факторами риска, так и с формирующими их главными «пусковыми» причинными факторами. В связи с этим разработка политики профилактики болезней системы кровообращения с учетом национальных, региональных и местных особенностей является необходимой. Создание научно обоснованной социальной политики может стать одним из главных механизмов снижения смертности от болезней системы кровообращения в стране.

Литература

1. Статистический сборник РМИЦ «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики», 1990 – 2016. - С. 119-128.

2. Демографический ежегодник Кыргызской Республики, 1993. - 2015. - С. 226-266.
3. Материалы в динамике с 1990 г. Национального статистического комитета Кыргызской Республики: www.stat.kg;
4. Статистический сборник РМИЦ «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики», 1990 – 2016. - С. 56-77.
5. Тургунбаев, Д.Д. Анализ верификации диагноза «инсульт» у лиц, умерших на дому / Д.Д. Тургунбаев, А.Ш. Артыкбаев, Н. Кадырова и др. // Центр анализа политики здравоохранения. - Бишкек, 2014. – 20 с.

СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

**Т.Т. Мамырбаева, К.С. Саржанова, Е.А. Чернышева, Т.Л. Коротуненко,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Нарушения питания в раннем детском возрасте часто приводит к повышенному риску заболеваемости и смертности, задержке физического и нервно-психического развития, ухудшению познавательной способности и успеваемости в школе, снижению работоспособности во взрослом периоде жизни, которое сопровождается соответствующими негативными экономическими последствиями, то есть долговременными отрицательными эффектами [6].

Целью данного исследования явилось изучение статуса питания детей и женщин детородного возраста для выработки рекомендаций по профилактике болезней, связанных с питанием.

Методы исследования

Проводилось кабинетное исследование доступных данных по статистике и мероприятий, которые осуществляются в КР для ликвидации нарушений питания.

Результаты и их обсуждение

В Кыргызской Республике (КР) в течение последних шести лет (с 2012г. по 2017г.) энергетическая ценность рациона питания населения в целом и трудоспособной его части соответствует минимальной норме потребления (2101 ккал/день), утвержденной постановлением правительства КР от 6 ноября 2009 года № 694. Но практически все эти годы недостаток употребления белков (мясо, молочные продукты и бобовые) и жиров (растительные масла) в среднем составлял 23,3% и 16,9%, соответственно [2]. При этом энергетическая потребность восполняется за счет мучных и кондитерских (сахара) изделий и картофеля, поскольку большинство жителей КР (74% всего населения) употребляет меньше 5 порций овощей и

фруктов в день [1] при рекомендуемых в среднем 5-9 порций (не менее 400 г/с).

Большую тревогу вызывает недостаточное питание среди детского населения. Так, в рационе питания детского населения (1-17 лет) в течение последних 6-ти лет имел место выраженный дефицит употребления не только белков (30,4%) и жиров (25,8%), но и энергии (6,8%) от минимальной нормы потребления. У детей в возрасте от 1 года до 3 лет недостаток белков (46,8%), жиров (44,1%) составляет почти половину, а дефицит энергии (26,1%) – одну четвертую часть от минимальной потребности в них за сутки [2].

Однако, оценка статуса питания детей и женщин детородного возраста по «степени удовлетворения потребностей в основных компонентах и энергетическом содержании пищевого рациона» не дает полную информацию о распространенности и бремени болезней, связанных с питанием, например, микронутриентной недостаточности, задержки роста, истощения и избыточной массы тела/ожирения.

По данным авторитетных исследований среди населения КР имеет место высокая распространенность железодефицитной анемии (37,8% беременных и 34,2% небеременных женщин, 42,6% детей), скрытого дефицита железа (41% женщин), дефицита фолатов (42% небеременных женщин), йододефицитных заболеваний (61,6% беременных женщин и 43,1% детей школьного возраста), избыточной массы тела и ожирения (35,7% женщин и 9% детей первых 5-ти лет жизни), недостаточной массы тела (7,3% женщин и 18% девочек 15-19 лет) [3,4,5].

В Кыргызстане в 2014 г. у 13% детей в возрасте до 5-ти лет отмечалась задержка роста. Распространенность задержки роста среди детей в Жалал-Абадской (21,3%) и Нарынской (16,4%) областях несколько выше, чем в среднем по республике. Одной из причин высокой распространенности задержки роста в указанных областях, очевидно, является более выраженный дефицит употребления детьми раннего возраста калорий (20,6% и 20,6%), белков (41,9% и 41%) и жиров (57,6% и 47,5%) по сравнению со средними данными по республике, соответственно 19,8%, 38,7% и 35,5% [2].

Другой важной проблемой, связанной с неполноценным питанием, является высокое содержание трансгенных жирных кислот (ТЖК) и соли в продуктах питания населения КР. Так, по данным совместного выборочного исследования Министерства здравоохранения КР и ВОЗ [1] за счет одной усредненной порции еды домашнего приготовления и из сети общественного питания жители страны получают от 70,8 до 170,4% ТЖК и 82,9-99,0% – соли от рекомендуемого максимального ежесуточного их потребления. С избыточным поступлением в организм человека ТЖК, сахара и соли связано развитие избыточной массы тела и ожирения, заболеваний сердца и сосудов (высокое артериальное давление, инфаркт, инсульт и др.), диабета 2-го типа и некоторых форм злокачественных новообразований.

Одной из причин недостаточного питания детей и женщин в КР, наряду с недостаточным употреблением белковых продуктов, растительных масел, овощей и фруктов является проблема в области доступности медицинских услуг. В 2014 году 46% населения против 38% в 2009 году, которые получили медицинские услуги, сообщили, что им было «трудно» или «очень трудно» найти деньги, чтобы оплатить медицинские услуги. За период с 2009 по 2014 год люди начали больше использовать свои сбережения, уменьшили потребление продуктов питания или им приходилось продавать скот для получения медицинских услуг [1].

Между тем, прямые вмешательства (продвижение надлежащей практики питания, включая исключительно грудное до 6-ти месяцев и продолжительное грудное вскармливание детей до 2-х лет; увеличение потребления витаминов и минералов через саплементацию; терапевтическое питание для детей с тяжелым истощением; содействие фортификации пищевых продуктов), признанные наиболее эффективными и высоко рентабельными в борьбе с недостаточностью питания, находятся в компетенции системы здравоохранения.

В стране существенный вклад в возникновение нарушений питания вносит недостаточная информированность населения о принципах здорового рациона питания, последствиях недостаточного или избыточного питания, вредных компонентах пищи. Информирование населения проводится в основном медицинскими работниками, редко используются современные технологии информирования населения, обучение по принципу «равный-равному», культурные ресурсы для коммуникации в области питания (например, музыка, искусство, танец, драма). Интерактивные программы по питанию на ТВ/радио почти не существуют. Обучение вопросам питания не признано приоритетной задачей в образовательных организациях немедицинского профиля (школа, ВУЗ, СУЗ): нет учебной программы, подготовленных преподавателей.

Работники здравоохранения, которые являются практически единственным источником обучения и информирования, не обладают достаточными навыками консультирования по питанию и продовольственной безопасности на уровне домохозяйства. Фактические материалы по питанию информационные и не направлены на мотивацию для изменения поведения и пищевых привычек у населения и устранению барьеров в пищевом поведении. Практически отсутствуют материалы для политиков и общественности, мотивирующие их на продвижение принятия решений по улучшению питания, например, документирование и распространение успешного опыта.

Существуют недостатки также в нормативно-правовом регулировании. Например, в Законе КР «О продовольственной безопасности КР» отсутствует регулирование четвертого компонента продовольственной безопасности «использование продовольствия».

Согласно оценкам Закон КР «О защите грудного вскармливания детей и регулировании маркетинга продуктов и средств для искусственного питания детей» не содержит многих положений Международного кода (ЕС №609/2013 от 12.06.2013 г.), из-за чего становится возможным участие работников здравоохранения в незаконном продвижении искусственных заменителей грудного молока (журналистское расследование, 2016).

После вступления страны в ЕАЭС технические регламенты (ТР) КР о безопасности продуктов питания потеряли актуальность, и с 12 августа 2017 года вступил в силу ТР ТС 021/2011. Запрещение ввоза необогащенной муки, регламентированное Законом КР «Об обогащении муки хлебопекарной», является незаконным согласно требованиям положений ЕАЭС и ВТО о свободном продвижении товаров. Между тем, обогащение наиболее часто употребляемого продукта железом и фолиевой кислотой во всем мире признано наиболее эффективным и рентабельным методом профилактики железодефицитных состояний и дефектов нервной трубки у плода, связанных с фолат-дефицитом.

Кроме того, не налажены механизмы контроля исполнения законов в области питания и продовольственной безопасности. Так, по данным внешнего мониторинга, проведенного Гражданским альянсом за улучшение продовольственной безопасности и питания в 2017 г., требования Закона КР «Об обогащении муки хлебопекарной» слабо исполняются, о чем свидетельствуют следующие данные: 66% респондентов не знали, что означает термин «обогащенная мука», 55% респондентов не были информированы о важности употребления обогащенной муки, только в 30% торговых точек была декларация о соответствии на реализуемую муку (статьи 4 и 6); ни один из производителей не соблюдал требования Технического регламента КР к маркировке муки хлебопекарной (статья 11).

Аналогична ситуация относительно исполнения Закона КР «О профилактике йододефицитных заболеваний». Так, в образцах соли содержание йодата калия колебалось от 1,0 до 156,0 мг/г при норме $45 \pm 6,0$ мг/г (ГОСТ 13685-84), что является результатом грубых нарушений производственного процесса йодирования соли.

Проблемы в области обеспечения чистой питьевой водой и водоотведения населенных пунктов остаются значимой угрозой в обеспечении качественным питанием из-за микробного и химического загрязнения водопроводной воды. По данным Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора по республике 391 (34,4%) водопроводов не соответствуют санитарно-гигиеническим нормам, в том числе на 147 (38%) водопроводах не соблюдается зона санитарной охраны, на 217 (55%) – не функционируют или отсутствуют обеззараживающие установки и на 27 (7%) отсутствует необходимый комплекс очистных сооружений.

Недостаточное финансирование остается одной из основных причин в неустойчивости мер по профилактике болезней, связанных недостаточным

питанием. Целевое финансирование из государственного бюджета на постоянной основе выделяется только для реализации программы школьного и стационарного питания.

Закупка саплементов для беременных женщин, премикса для обогащения муки, витаминно-микроэлементной добавки для обогащения домашней пищи детей финансировалась из средств SWAp в рамках реализации «Национальной программы реформирования системы здравоохранения на 2012-2018гг.», информационно-образовательная программа в целях продвижения здорового питания, внешний мониторинг исполнения Законов КР в области питания - только из средств партнеров по развитию.

Финансирование питание-чувствительных мероприятий в секторе сельского хозяйства также осуществляются из средств доноров и партнеров по развитию.

Отсутствие государственного финансирования информационно-образовательной программы по питанию, питание-чувствительных и питание-специфичных мероприятий, мониторинга и оценки реализуемых мероприятий является одним из главных барьеров устойчивости усилий, направленных на улучшение состояния питания населения.

Отмечается слабость институциональной базы и межсекторальной координации усилий заинтересованных сторон. Существующие научно-исследовательские институты, национальные центры, университеты, департаменты и т.д. не имеют полномочий и соответствующего потенциала для координации усилий всех заинтересованных сторон (государственные структуры, бизнес сектор, неправительственные и международные организации) в целях достижения согласованных результатов в области питания и продовольственной безопасности.

Совещательный орган Правительства КР - Совет по продовольственной безопасности и питания, который объединяет все заинтересованные стороны в сфере продовольственной безопасности и питания, с 2011 г. ни разу не рассматривал проблемы нерационального, неполноценного питания населения, что свидетельствует о слабости координационных механизмов межсекторального взаимодействия. До настоящего времени не достигнуты договоренности по гармонизации усилий всех заинтересованных сторон (парламент, государственные структуры, бизнес-сообщества, гражданский сектор и партнеры по развитию) по обеспечению согласованных результатов по продовольственной безопасности и полноценного питания.

Исходя из приведенного анализа, для искоренения болезней среди детей и женщин, связанных с недостаточным питанием, нам представляется целесообразной реализация следующих приоритетов:

1. Расширение и поддержка благоприятных политических условий для улучшения питания.
2. Повышение качества и охвата специфическими мерами по питанию.

3. Усиление кадрового потенциала и формирование у населения устойчивого спроса на здоровые продукты питания.

В рамках 1-го приоритета следует: (i) разработать руководящие принципы правильного питания на основе имеющихся продуктов и устойчивого развития; (ii) усилить координацию в области питания и продовольственной безопасности на национальном уровне через многосекторальную платформу (МСП) и расширить ее на субнациональный уровень; (iii) совершенствовать государственное регулирование в области использования адекватного и безопасного питания и (iv) создать механизмы программного финансирования мероприятий по питанию и систему финансовой отчетности о расходах на специфические и чувствительные вмешательства по питанию и распространения информации.

Повышение качества и охвата специфическими мерами по питанию (приоритет 2) может быть достигнуто через (i) увеличение охвата мероприятиями по питанию через стандартные медицинские услуги; (ii) профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний, связанных с питанием: избыточный вес и ожирение, сахарный диабет 2-го типа, болезни сердца и сосудов; (iii) увеличение финансирования и (iv) усиление мониторинга реализации мероприятий по улучшению питания.

Усиление кадрового потенциала по вопросам питания и продовольственной безопасности (приоритет 3) может быть осуществлено: (i) подготовкой преподавателей и специалистов по питанию для обучения/распространения информации о здоровом питании, последствиях неправильного питания, (ii) разработкой и внедрением дистанционного обучения с выдачей электронного сертификата для сокращения расходов на переподготовку кадров и повышение квалификации преподавателей и специалистов по питанию и (iii) активным вовлечением населения в решение вопросов здорового питания и диверсификации рациона питания, адекватной практики кормления детей, продвижении фортифицированной муки и йодированной соли.

Литература

1. Евро ВОЗ. Проект FEEDcities Среда питания в городах Восточной Европы и Центральной Азии – Кыргызстан Технический доклад Август 2017 г. Доступно: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/355067/FEED-KGZ-report-Ru.pdf
2. Информационный бюллетень Кыргызской Республики по продовольственной безопасности и бедности, Национальный статистический комитет, 2012-2018. Доступно: <http://stat.kg/media/publicationarchive/2773976e-6ac8-4598-ad72-efef5771089e.pdf>
3. Кыргызская Республика: кластерное исследование по многим показателям, Национальный статистический комитет, ЮНИСЕФ, 2014.

4. Национальный статистический комитет, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики. Кыргызская Республика, Медико-демографическое исследование, 2012г. Доступно: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR283/FR283.pdf>
5. Национальное исследование йодной обеспеченности среди детей и беременных женщин, ЮНИСЕФ, 2007.
6. Hernández-Díaz S, Wilcox AJ, Schisterman EF, Hernán MA. From causal diagrams to birth weight-specific curves of infant mortality / Eur. J. Epidemiol. – 2008. – Vol. 23 (3). – P. 163-166.

ВЛИЯНИЕ ДЕТСКОГО ТРУДА НА ФИЗИЧЕСКОЕ, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В ГОРОДЕ БИШКЕК

**Л.Н. Минич, Ж.Ж. Усупбекова, К.Ж. Усупбекова, А.Т. Токтобекова,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

Право детей не быть вовлеченными в детский труд признается одним из важнейших прав наряду с такими фундаментальными правами, как доступ к образованию, охране здоровья и развитию. Детский труд наносит ущерб каждому ребенку, мешает детям наслаждаться своим детством, препятствует их развитию и иногда причиняет физический и психологический вред на всю жизнь [3,6,7]. Детский труд также наносит ущерб семьям, общинам и обществу в целом. Являясь одновременно результатом и причиной бедности, детский труд увековечивает уязвимость и социальную изоляцию. Он подрывает развитие стран, так как мешает детям посещать школу, препятствует получению им образования и квалификации, которые позволили бы им по достижении совершеннолетия вносить свой вклад в экономический рост и процветание [1,4,8].

Возникновению детского труда в Кыргызской Республике во многом способствовала политическая и экономическая нестабильность, массовая трудовая миграция, снижение уровня благосостояния населения [1,5]. Несмотря на то, что такое явление, как работающие дети в республике появилось относительно недавно, в стране уже получили распространение разные формы детского труда (отчет МОТ 2006 г. "Детский труд в сельском хозяйстве и торговле в Кыргызстане. Результаты экспресс оценки). Согласно первому национальному обследованию по детскому труду в Кыргызстане, проведенному Национальным статистическим комитетом Кыргызской Республики в 2007 году, 592 тыс. детей были заняты на работах, которые не приемлемы для их возраста и развития [8].

Конвенция ООН о правах ребенка устанавливает, что во всех действиях в отношении детей первоочередное внимание уделяется наилучшему обеспечению интересов ребенка [2,4]. Государства – участники обязуются обеспечить ребенку такую защиту и заботу, которые необходимы для его

благополучия, и с этой целью принимают все соответствующие законодательные и административные меры [8]. Конвенция гласит, что государства-участники признают право ребенка на защиту от экономической эксплуатации и от выполнения любой работы, которая может представлять опасность для его здоровья или служить препятствием в получении им образования, либо наносить ущерб его здоровью, физическому, умственному, духовному, моральному и социальному развитию [6,7]. Конвенция предусматривает, что минимальный возраст для приема на работу не должен быть ниже возраста окончания обязательного школьного образования и, во всяком случае, не должен быть ниже пятнадцати лет, а в случаях небезопасного труда – не ниже восемнадцати лет [8].

Основными правовыми нормативными актами, определяющими законодательную основу для реализации в стране ратифицированных международных конвенций, по детскому труду являются Конституция Кыргызской Республики, Кодекс КР о детях (от 10.07.2012 г.), Трудовой кодекс КР (от 4.08. 2004 г.), Закон КР «Об образовании» (от 30.04. 2003 г.), а также Кодексы КР об административной ответственности (от 4.08.1998 г.) и Уголовный кодекс КР (от 1.10.1997 г.), устанавливающие соответственно административную и уголовную ответственность за нарушения установленных требований в отношении детского труда [1,4,10].

Цель исследования - оценить распространенность занятости и детского труда среди детского населения в г. Бишкек, характер выполняемой работы, условия труда, потенциальные риски и последствия детской занятости в плане здоровья и образования детей.

Материалы и методы

Методом сплошной выборки были обследованы дети школьного возраста, вовлеченные в трудовую деятельность на рынках г. Бишкек. Количество респондентов - 156 детей.

При проведении обследования был использован специально разработанный нами вопросник. Опрос проводился на кыргызском или русском языке с учетом предпочтений респондентов. Структурно, вопросник был ориентирован на определение социально-бытовых условий проживания детей (состояние и принадлежность жилища, доход и состав семьи, старшинство обследуемого ребенка, владение землей или скотом, и прочие социально-демографические характеристики). Вопросник помог нам выявить уязвимые группы детей, а именно - с ограниченными возможностями здоровья (ЛОВЗ) и детей, проживающих в проблемных семьях.

Общение со школьниками и их родственниками позволило оценить текущую занятость членов семьи, характер вовлечения детей в различные виды труда, время затрачиваемое ребенком на работу и обучение, регулярность посещения школы и устремление самих детей.

Оценка физического развития обследованных проводилась в соответствии с республиканскими нормативами (масса и длина тела,

окружность грудной клетки, индекс Пирке). Собеседование с детьми позволяло определить уровень их кругозора, внимания (корректирующие таблицы и задачи) и отдельных учебных навыков (математические решения, чтение) в соответствии с возрастом.

Полученные данные были обработаны в программе spss 16.0.

Результаты и их обсуждения

В результате нашего исследования было выявлено, что в г. Бишкек в данное время остро встает вопрос о детском труде, и все дети вовлеченные к детскому труду относятся к социально уязвимым слоям населения. Возрастной промежуток составил от 11 до 18 лет.

Из всех респондентов у 97 (62,1%) была неполная семья (в т.ч. – у 19-ти - уход из жизни одного или обоих родителей - 12,1%), в 27-ми семьях (17,3%) родители в разводе, у 43 детей, (27,5%) родители иммигранты, родители 8-ми детей (5,1%) – инвалиды (рисунок 1).

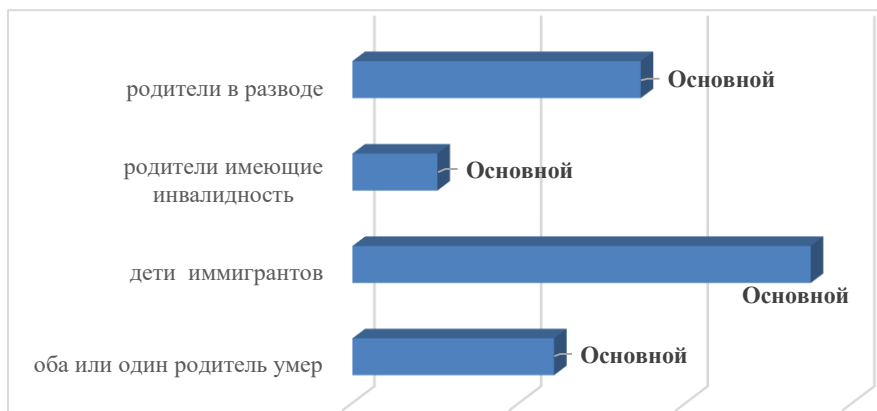


Рисунок 1 - Причины неполных семей

Занятость родителей включала такие виды работ как: строительство и ремонт (52 - 33,3%), торговля (43 - 27,5%), вождение и ремонт автотранспорта (39 - 25%), работа в пекаря/повара (9 - 5,7%), обслуживающий неквалифицированный труд (13 - 8,3%). В трети семей (33,3%) родители безработные.

Чуть более половины детей (79 - 50,6%) проживают в удовлетворительных ЖБУ, остальные 77 (49,3%) признались, что живут в плохих ЖБУ (тесно, холодно, недостаточное питание и т.д.).

Изучая социально-бытовые условия, было выявлено, что 85 (54,4%) детей живут в съёмных квартирах, 42 (27%) живут в своих домах и остальные 29 (18,5%) живут у родственников (рисунок 2).



Рисунок 2 - Места проживания семей работающих детей

При изучении физического развития детей по всем параметрам, оказалось, что 98 (62,8%) детей отставали в физическом развитии.

Показатели умственного развития 71 школьника (45,5%) соответствовали их возрасту, у остальных – 85 (54,4%) отмечено отставание. Со слов 53 ребят (33,9%), их трудовая деятельность мешает регулярно посещать школу, 32 (20,5%) сознались, что не хотят учиться. Все 85 детей со сниженными нервно-психическими критериями указали на тот факт, что никто из членов семьи не интересуется их учебой и не занимается с ними.

Устремление к дальнейшему обучению и обретению профессии отмечено только 71 опрошенного школьника (45,5%).

Закключение. В результате нашего исследования было выявлено, что дети, занимающиеся трудовой деятельностью имеют семейные проблемы (в том числе - 62,1% живут в неполных семьях). Половина детей (54,4%) живут в съёмных квартирах и только 27% живут в собственных, но не всегда комфортных жилищах. В целом, 50% детей указали на неудовлетворительные жилищно-бытовые условия проживания.

Из выше перечисленных данных следует, что основными провоцирующими факторами детского труда являются семейно-социальные проблемы.

Повышенные физические (трудовые) нагрузки, семейно-педагогическая запущенность и невозможность систематического обучения в школе стали причиной отставания в физическом (62,8%) и умственно-образовательном (54,4%) развитии детей.

Таким образом, очевидно, что детский труд наносит невосполнимый ущерб, здоровью и развитию подрастающего поколения, что, безусловно, имеет значение для развития страны в целом.

Литература

1. Медико-социальные и организационные проблемы детской педиатрии; под ред.: О. Кривохижих. - 2019г. – С. 134-136.
2. Поликлиническая и неотложная педиатрия. Под ред.: М.О. Кильдиярова, С. Макарова. - 2019. – С. 68.
3. Дифференциальная диагностика детских болезней: руководство для врачей; под. ред.: М.О. Ревнова, О.Ф. Тарасов. - 2019. – С. 37.
4. Физическая и реабилитационная медицина в педиатрии / под ред.: М.А. Хан, Н.Б. Корчажкина, А.Н. Разумов. - 2018. – С. 267.
5. Морфофункциональное развитие современных школьников / О.Ю. Милушкина, Н.А. Скоблина; под ред. У. Кучма. - 2018. – С. 246-247.
6. Детские болезни. Учебник для вузов. Том 2. Под ред.: Н. Шабалова. - 2017. – С. 92.
7. Nelson Textbook Of Pediatrics, 2-Volume Set .Robert Kliegman. – 2019. – P. 134.
8. Working children in the Kyrgyz Republic. Child Labour Survey. – 2014. – P. 6-7.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ

**А.А. Наманов¹, Т.О. Омурбеков², К.М. Мыкыев¹,
Ж.Ж. Муканов², А.Д Таирова¹,**

¹Кыргызско-Российский Славянский Университет,

²ГДКБ СМП, г. Бишкек, Кыргызстан

По данным статистики ВОЗ в среднем 30-35% всех повреждений приходится к детской травме [6], которая является одной из актуальных проблем здравоохранения, занимая до 25% удельный вес в общей заболеваемости детей, и ведущей причиной смерти детей старше 3 лет. При этом погибает или получают серьезные повреждения больше детей, чем от всех заболеваний вместе взятых [5,7,8,10]. В возрастном аспекте детский травматизм распределяется неравномерно, часто поражая детей младшего школьного возраста [2]. В нашей стране до сих пор не существует единой классификации детского травматизма. Многие специалисты предлагают классификацию на основе исследования причин травматизма у детей, называя 7 основных [7,8]. Вторая классификация разделяет все случаи в зависимости от места получения травмы [9]. Бытовой, или домашний травматизм (до 60% случаев). В случае легких травм большинство за помощью не обращаются и поэтому статистически не могут быть учтены [1]. Предлагаемые же в настоящее время принципы организации профилактики детского травматизма носят, как правило, абстрактный характер, так как основаны на общих советах и рекомендациях и не приводят к собственно первичной профилактике [2].

Цель исследования: изучить структуры детского травматизма по данным травмпункта городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП) г. Бишкек, для улучшения профилактической работы.

Материалы и методы

Травматологический пункт в ГДКБ СМП является единственным центром по оказанию помощи детям с травмами по г. Бишкек и близлежащих районов республики. Анализированы данные 345 776 детей с различными травмами за 2013-2018 годы, прошедших через прием травмпункта ГДКБ СМП г. Бишкек. Кроме объективного осмотра, проведены: рентгенография, общеклинические исследования, по необходимости, госпитализированным: ЭХОЭГ головного мозга, КТ, МРТ. Анализированы дети только прошедшие через травмпункт. Неучтены дети с инородными телами верхних и нижних дыхательных путей, ушибами грудной клетки и передней брюшной стенки, отравлениями различными химическими веществами, ожогами ротовой полости, пищевода, и дети с ожогами, что составляет большое количество детского травматизма.

Результаты и их обсуждения

Из 345 776 больных детей первично обратившиеся составляли: 114 784 (33,5%); повторно обратившиеся – 230 983 (67,5%) больных, т.е. те которые получали амбулаторную помощь. По виду травматизма отмечены: школьные травмы – у 7 086 (6,2%), уличные -22 379 (19,5%), бытовые травмы - у 31 715 (27,6%), спортивные травмы – у 4 364 (3,8%). Дорожно-транспортные происшествия у 4032 (3,5%) пострадавших. Укушенные раны -3401 (3,0%) отмечается тенденция к снижению, возможно с проведением санитарно-просветительной работы. Синдром жестокого обращения – 209 (0,2%). Переломы костей различной локализации - у 32 866 (28,6%), раны, повреждения мягких тканей – 15 618 (13,6%). Из бытовых травм в последние годы участились случаи падения маленьких детей с высоты (лестницы этажей собственных домов, пластиковых окон), травмы после падения домашних телевизоров на детей, случайное отравления ядохимикатами которые родители оставляют дома открытыми в различных емкостях, в том числе в пластиковых бутылках от напитков.

По месту жительства: городские встретились – 93 396 (81,4%) случаях, из них организованные – 58 095 (62,2%), городские неорганизованные - 35 301 (37,8%). Сельские составили – 20 684 (18,0%) случаев, из них организованные – 11 050 (53,4%), неорганизованные – 9 634 (46,6%). Дети из Казахстана 704 (0,6%). С направлением 7 510 (6,5%), без направления - 8 6255 (75,1%), обратились в плановом порядке - 11228 (9,8%) больных. Доставлены по скорой помощи – 5 177 (4,5%), попутно или родителями – 4 614 (4,0%) пострадавших детей.

Из числа первично обратившихся госпитализировано в стационар ГДКБ СМП - 12 336 (10,7%) детей, из них в отделение нейрохирургии – 6 668 (5,8%) из числа первично обратившихся, и в основном дети с диагнозом

сотрясения или ушиба головного мозга, что составляет 54,1% из числа госпитализированных в стационар. В отделение травматологии и ортопедии – 4 937 (40%) детей с закрытыми и открытыми переломами костей различной локализации и сочетанными травмами. В отделение общей реанимации и токсикологии – 501 (4,1%) пострадавших, в основном с тяжелыми и сочетанными травмами. В отделение патологии новорожденных и реанимации новорожденных – 72 (0,6%), в отделение патологии почек-12. В отделение торакальной хирургии 23 ребенка с закрытыми и открытыми повреждениями грудной клетки, и в отделение неотложной хирургии –124 больных с различными закрытыми и открытыми повреждениями передней брюшной стенки и внутренних органов. Прооперировано 64 больных с закрытыми травмами органов брюшной полости, из них у 15 отмечены сочетанные повреждения, в основном черепно-мозговые травмы, переломы костей, органов грудной клетки. Из прооперированных в отделении экстренной хирургии мальчиков было 53 (82,8%) девочек 11 (17,2%). В возрастном аспекте: до 3-х лет – 5 (7,7%), 4-7 лет-20 (31,2%), старше 7-17 лет 39 (60,9%). Все дети были обследованы по алгоритму травматических повреждений внутренних органов. Показаниями к хирургическому вмешательству явились характер травмы и данные УЗИ: наличие свободной жидкости в брюшной полости, повреждения паренхиматозных органов или увеличение размеров гематомы селезенки или печени в динамике, обзорная рентгенография. Из 64 прооперированных детей с закрытыми травмами органов брюшной полости, сочетанная травма отмечалась у 15 (23,4%), из них черепно-мозговые травмы и переломы костей у 7, у 2-х повреждения органов грудной клетки, которым проведена одномоментная торакотомия. Интраоперационно повреждения селезенки обнаружено у 25 больных (37,5%), из них у 2-х детей поверхностный надрыв, у 3-х подкапсульные гематомы. В 5 случаях повреждения селезенки, раны селезенки ушиты, у 15 произведено спленэктомия, из-за множественного разрыва и отрыва, с аутоотрансплантацией ткани селезенки. В 12 (18,7%) случаях установлено повреждение печени, у всех с внутренним кровотечением. Из них в 2-х случаях после колотого ранения передней брюшной стенки. У 8 детей наблюдались одиночные разрывы печени с повреждением капсулы, у 2 больных разрывы были множественными с размозжением на фоне тяжелой сочетанной травмы. Травма правой доли печени была обнаружена у 7, левой доли у 2-х наблюдений, у 3-х повреждены обе доли печени. В 2-х случаях остановить кровотечение и ушить раны печени не удалось и отмечен летальный исход. Повреждения полых органов отмечено у 10 больных (15,6%), из них разрыв тонкого и толстого кишечника 6 (9,4%), желудка у 4 (6,2%). Повреждения поджелудочной железы наблюдалось у 3 (4,7%), разрыв брыжейки кишечника, большого сальника у 6 больных. В послеоперационном периоде проводился комплекс интенсивной терапии, по общепринятой тактике. Летальный исход отмечен у 3 (4,7%) оперированных.

Всего из числа госпитализированных в стационар летальный исход отмечен у 18 (0,1%) из числа всех госпитализированных. Все умершие были с травмами несовместимые с жизнью т.е. открытые повреждения костей черепа, тяжелые ушибы головного мозга и сочетанные повреждения у (14). Размозженные разрывы печени с внутренними кровотечениями – 4 больных. Из умерших пострадавшие при автодорожных происшествиях или ДТП – 12 детей, выпавшие из окна, высоты – 4, после повешения – 1, отравления неизвестным веществом – 1.

Выводы:

1. Количество обратившихся детей с различными травмами в травмпункт ГДКБ СМП в год среднем составляет 69 155, из них первично обратившиеся 33,2%;

2. Преобладают бытовые травмы 27,6%, уличные 19,5%, школьные травмы 6,2%;

3. Отмечается рост дорожно-транспортных происшествий (3,5%), при котором наблюдается сочетанные повреждения и большая летальность 4,7% оперированных на органах брюшной полости.

4. Для снижения детского травматизма необходимо усилить совместную профилактическую работу.

Литература

1. Анисимов, В.С. Классификация детского травматизма. Какой ей быть? / В.С. Анисимов // Ортопедия, травматология и протезирование. – М., 2006. – №1. – С. 63-65.
2. Байер, К. Здоровый образ жизни / К. Байер, Л. Шейнберг // Пер. с англ. – М., 1997. – 140 с.
3. Богоявленский, М.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / М.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский // – Л., 1985. – 180 с.
4. Воронцов, И.М. Закономерности физического развития детей и методы его оценки. / И.М. Воронцов: учебно-методич. пособие. – Л., 1996. – 40 с.
5. Горлов, А.А. Система профилактики травм у детей: психологические аспекты / А.А. Горлов, Е.К. Вишневецкая // Педиатрия. – 1991. – № 1. – С. 69-70.
6. Каширина, В.В. Организационно-методические основы предупреждения детского травматизма учащихся начальной школы / В.В. Каширина // – Москва. – 2016. – С. 78-82.
7. Немсадзе, В.П. Детский травматизм. Книга для родителей. Опыт понимания, лечения, профилактики / В.П. Немсадзе, Г. Амбернади. – М.: Аист. – 2005. – 120 с.
8. Соколов, Л.П. Курс травматологии и ортопедии: учебное пособие / Л.П. Соколов // - М.: Медицина. – 2005. – 285 с.

9. Шумада, И.В. Детский травматизм и экспертная оценка объема медицинской помощи / И.В. Шумада, М.М. Векслер // Врачебное дело. – 1987. – № 5. – С. 123-124.
10. Sethi, D. Всемирная организация здравоохранения, профилактике детского травматизма в Европе /Sethi D. и др. //Европейское региональное бюро ВОЗ 2009 г. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98744/

СТРУКТУРА ПОДРОСТКОВ ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ И САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

**Б.Т. Орозбекова, А.Б. Азимова, А. Кубатово,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

На формирование здоровья подростков оказывает влияние большое количество социально-гигиенических факторов. В том числе факторы медико-демографического порядка, факторы социально-экономического и психологического порядка.

Одним из основных показателей здоровья подростков является физическое развитие растущего организма, которое оказывает значительное влияние на состояние здоровья ребенка. Чем значительнее отклонения в физическом развитии ребенка, тем больше вероятность наличия функциональных нарушений или хронических заболеваний [2,4,6]. При оценке и разработке стандартов физического развития учитываются: пол, возраст, национальность, регион проживания [1,3,5].

Цель исследования: оценка состояния здоровья подростков 15-17 лет, проживающих в г. Ош и Ошской области.

Задача исследования: комплексное обследование подростков (15-17 лет), проживающих в г. Ош и Ошской области.

Методы исследования

Таблица 1 - Используемые методы исследования

№	Название методов исследования
1.	Анкетирование
2.	Антропометрия
3.	Исследование гигиенических аспектов условий проживания
4.	Методы математико – статистического анализа

Результаты исследования

Мы разделили их по группам здоровья на основе критериев, разработанных А.М. Дюкаревой (1980).

Таблица 2 - Распределение подростков по группам здоровья

Группа здоровья	Показатели	
	абс. число	удельный вес
I группа	367	25,8
II группа	698	49,2
III группа	275	19,4
IV группа	61	4,3
V группа	17	1,2
Всего	1418	100

В ходе исследования выявлено (таблица 2), что лица с оценкой «здоров» (I группа здоровья) из общего числа подростков составляют лишь 25,8%, во II группе - 49,3%, в III группе – 19,4%, в IV группе - 4,3%, и V группе - 1,2%.

Подростки IV и V групп здоровья, как правило, являются инвалидами с детства. Самую большую группу составляют подростки со второй группой здоровья (49,3%), они практически нуждаются в медицинском обслуживании. Только 25,8% подростков могут быть отнесены к числу «здоровых», которые на данном этапе не нуждаются в медицинской помощи. Это означает, что из 1000 подростков могут быть здоровым 258-259 человек, остальные подлежат диспансеризации и оздоровлению.

Среди подростков, которые имели проблемы с состоянием собственного здоровья, 37,3% занимались самолечением с использованием народных средств или лекарств (рисунок).

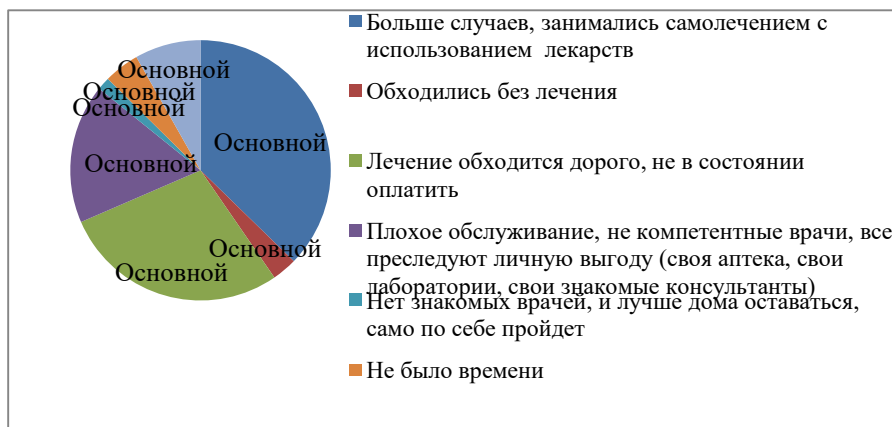


Рисунок - Причины не обращения за медицинской помощью

Из-за отсутствия денежных средств не смогли обратиться за медицинской помощью - 28,1% подростков, 17,3% респондентов считают, что медицинское обслуживание плохое, врачи не компетентны, все преследуют личную выгоду (своя аптека, свои лаборатории, свои знакомые консультанты). Считая, что все обойдется без лечения 3,1% не обратились к врачу, 4,4% не имели на это времени, а 1,6% думают, что надо пользоваться услугами только знакомых врачей.

При анкетировании подростки должны были оценить состояние своего здоровья и характер заболевания (таблица 3).

Таблица 3 - Самооценка состояния здоровья подростков

Пол	Результат самооценки	Село	Город	ПК
		% $\pm$ m	% $\pm$ m	% $\pm$ m
Мужчины	здоров	72,4 $\pm$ 6,1	66,3 $\pm$ 1,4	64,2 $\pm$ 3,0
	болен	27,6 $\pm$ 6,1	33,7 $\pm$ 1,4	35,8 $\pm$ 3,0
Женщины	здорова	64,5 $\pm$ 6,5	65,5 $\pm$ 1,44	68,3 $\pm$ 2,9
	больна	35,5 $\pm$ 6,5	35,5 $\pm$ 1,44	31,7 $\pm$ 2,9

Лица мужского пола из сельской местности в возрасте 15-17 лет считали себя здоровыми чаще (72,4%), чем группы городских и ПК (66,3% и 64,2%). На более низкий уровень своего здоровья указали учащиеся ПК. В группе девушек признали себя здоровыми, сельские - 64,5%, городские - 65,5% и ПК – 68,3%.

Из всех опрошенных 35,8% - ПК, 33,7% - городских и 27,6%- сельских юношей отметили наличие у них хронических заболеваний. В том числе жалобы на частые головные боли отмечали- 4,0%, хронический бронхит- 3,5%, кожные заболевания -1,2%, беспокойство и депрессии -1,1%, туберкулез - 0,6%, артриты - 0,5%, бронхиальную астму - 0,5%, но наиболее часто (36,0%) юноши отмечали простудные заболевания (насморк, острый бронхит, пневмонии) и связывали их с санитарно - гигиеническими условиями проживания.

В группе девушек как сельские, так и городские одинаково, (по 35,5%) а ПК 31,7% предъявляли жалобы на частые головные боли- 8,0%, хронический бронхит - 4,3%, кожные заболевания -2,1%, беспокойство и депрессии -1,1%, туберкулез -0,8%, бронхиальную астму -0,5%, но наиболее часто (40,0%) девушки отмечали простудные заболевания (насморк, острый бронхит, пневмонии) и связывали их не только с санитарно - гигиеническими условиями проживания, но и более частым привлечением их к выполнению домашней работы, что, по видимому, снижало их резистентность и повышало восприимчивость к различным заболеваниям.

Для сравнительного детального изучения нами было проведено наблюдение в течение исследуемого периода контрольной группы различной национальности в количестве 502 подростков и различными социальными уровнями. Контрольная группа была условно разделена на 2 подгруппы: средний уровень роста и выше среднего уровня.

При исследовании определено, что 53,2% исследованных в контрольной группе имеют отклонения в физическом развитии и функциональном состоянии ССС и ДС различного характера: 9,8% дефицит веса, 7% - слабость, 6,1% - нарушения сердцебиения, 3,8% - одышка, 8,8% - нарушение аппетита, 5,2% головные боли и головокружения, 12,5% - бледность кожных покровов и деформация ногтей. Эти нарушения могут в определенной степени влиять на рост и развитие подростков, при этом наблюдается слабая корреляционная связь ($r=\pm 0,26$). На основе анализа полученных данных рассчитаны стандартизованные показатели, которые приведены в таблице 4.

По нашим данным, у юношей ростом выше 165 см, показатели $t < 2$, $P=0,05$ говорят о том, что при быстром темпе прироста, идет отставание в физическом развитии, среди причин отмечается неправильное питание и недостаток витаминов, наличие вредных привычек, а также в целом низкий уровень жизни населения в Ошской области, особенно в сельских районах.

Если дефицит массы тела составляет 10 до 20% - это гипотрофия I степени; от 20 до 30% - II степени; более 30% - III степени (данную степень гипотрофии еще называют дистрофией). У обследованных процент отклонений от идеального веса незначительный. По результатам дополнительного обследования у эндокринолога выявлено, что это связано с гипотиреозом I степени или течением субклинического гипотиреоза.

В целях уточнения диагноза у детей с предварительным диагнозом гипотиреоза и подозрением на субклинический гипотиреоз было проведено исследование крови на определение уровня ТТГ (норма - 0,4-4,0 мкМЕ/м) и уровень Св. Т4 (норма - 10-24 пмоль/л). Как мы уже поняли, в диагностике этого заболевания врачи опирались не на объективные жалобы со стороны пациента, а на результаты лабораторных эндокринологических исследований, которые свидетельствовали о повышении уровня ТТГ.

Однако необходимо учесть, что даже при норме уровне Св. Т4, возможно наличие субклинического гипотиреоза.

В действительности у подростков одним из основных симптомов была постоянная слабость и чувство усталости, даже по утрам. Пациентов беспокоили постоянные головные боли, очень часто - боли в мышцах и суставах. По-видимому, онемение в руках, часто наблюдаемое у пациентов, обусловлено с давлением нервов отечными тканями в канале запястья. Кожа становилась отечной, сухой, волосы и ногти у них - ломкими. Наряду с физической заторможенностью, у обследованных наблюдались заторможенность (знаю, что сделать надо, хочу это сделать – но не могу) и частая забывчивость.

Таблица 4 - Результаты исследования (стандартизованные показатели) в контрольной группе

	Всего		Дефицит веса		Слабость		Сердцебиение		Одышка		Нарушение аппетита		Головные боли и головокружения		Бледность и деформация ногтей	
	п	%	простой	стандартизованный	простой	стандартизованный	простой	стандартизованный	простой	стандартизованный	простой	стандартизованный	простой	стандартизованный	простой	стандартизованный
Кыргызы	230	45	9,1	4,1	5,6	2,5	5,6	2,5	2,6	1,2	9,1	4,1	5,2	2,3	10	4,5
Узбеки	220	44	11,8	5,2	9,5	4,2	8,6	3,8	3,5	1,5	9,5	4,2	6	2,6	17	7,5
Другие нац-сти	52	10,4	3,8	0,4	1,9	0,2	-		9,6	1,0	3,8	0,4	1,9	0,2	6	0,6
Всего	502	100	9,8	9,7	7	6,9	6,1	6,3	3,8	3,7	8,8	8,7	5,2	5,1	12,5	12,6

При опросе у данных подростков были жалобы на расстройство зрения, снижение слуха, звон в ушах. У некоторых наблюдались низкие голоса; ночной сон сопровождался храпом; частые запоры и замедление ритма сердца - менее 60 ударов в минуту.

Также нами проведено углубленное обследование подростков для выявления заболеваний с анализом его структуры и последующим стационарным лечением и диспансеризацией.

Из всех обследованных 502 подростков отклонения по состоянию здоровья и физического развития имели 267 (53,2%). Из обследованных подростков после постановки диагноза в стационарных условиях получили лечение всего 58,4% (156). Остальные около 42% подростков не хотели получать лечения в стационаре. Свои решения 25,2% (28) подростки объясняли тем, что получать лечение необязательно, а у 39,6% (44) – не было денег на лечение, и у 26,1% (29) родители не согласились на лечение.

Таким образом, данные свидетельствуют о том, что ежегодно из 1000 подростков около 531-532 нездоровы и являются носителями различных заболеваний. Ежегодно из 1000 около 195-196 подростков переносят болезни органов дыхания, 133-134 - органов пищеварения, 43-44 - БМПС, по 29-30 - болезни нервной системы и эндокринной системы, около 8 - ИППП и 5-6 больных психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Литература

1. Антропова, М.В. Здоровье и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы школьников / М.В. Антропова, Г.В. Бородин, Л.М. Кузнецова и др. // Школа здоровья. 2000. - Т. 7, №3. - С. 16-21.
2. Баранов, А.А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических осмотрах (руководства для врачей) / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. — М.: Династия, 2004. - 168 с.
3. Безруких, М.М. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка): Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер. - М.: Академия, 2002. - 416 с.
4. Бережков, Л.Ф. Формирование здоровья школьников. Роль медико-биологических и социальных факторов. Научные основы профилактики (актовая речь) / Л.Ф. Бережков. - М.: Российская ассоциация общественного здоровья, 2001. - 41 с.
5. Койносов, П.Г. Закономерности морфофункциональной изменчивости организма жителей Тюменской области / П.Г. Койносов, Е.Г. Зуева, А.П. Койносов и др. // Морфология. - 2008. - Т. 133, № 3. - С. 52-53.
6. Стромская, В.П. Комплексная оценка физического развития детей и подростков / В.П. Стромская, В.Г. Властовский, В.Н. Кардашенко и др. // Гигиена и санитария. - 1974. - № 4. - С. 91-95.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКОГО СЛАВЯНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

**И.С. Сабиров, О.О. Каршина, Л.В. Акулинина,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

В Кыргызской Республике в структуре причин смертности населения (данные РМИЦ, 2016 г.) первое место занимают болезни системы кровообращения - 50,8%. Патологии сердца и сосудов имеет не только медицинский, но и социальный аспект. Остается высокий уровень инвалидности, несмотря на колоссальные затраты государства на диагностику и лечение этих заболеваний. Особенности образа жизни совместно с генетической предрасположенностью ускоряют развитие сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ), приводя к постепенному «омоложению» данных заболеваний [3].

Максимальный интерес для ранней профилактики ССЗ вызывают выявление модифицируемых факторов риска у девушек и юношей, таких как курение, избыточная масса тела, низкая физическая активность. Пол, возраст и генетическая предрасположенность также являются факторами риска, но они не поддаются изменениям (немодифицируемые). Распространению ССЗ мы во многом обязаны современному образу жизни, характеру питания, недостатку движения, курению и приему алкоголя, поэтому сегодня активно внедряются все возможные профилактические программы, направленные на информирование населения о факторах риска и способах предупреждения патологии сердца и сосудов [1].

Цель работы: оценить частоту встречаемости модифицируемых факторов риска ССЗ среди студентов 6 курса медицинского факультета Кыргызско - Российского Славянского университета.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели в исследование были включены 127 студентов 6 курса медицинского факультета КРСУ. Студенты прошли анкетирование с использованием опросника, включающего в себя вопросы о курении (оценивалась длительность курения и количестве выкуриваемых сигарет в день), количестве потребляемых овощей и фруктов, поваренной соли (более 5 г/сутки), уровень физической нагрузки продолжительностью не менее 30 минут 5-7 дней в неделю, злоупотребление алкоголем. Всем студентам было проведено двукратное измерение артериального давления (АД) через 5 минут отдыха в положении сидя. Большинство измерений проводилось на левой руке. Осуществлялась оценка антропометрических показателей, таких как рост (см), вес (кг) и индекса Кетле ($\text{кг}/\text{м}^2$).

Результаты и их обсуждения

По данным анкетирования из 127 студентов медицинского факультета КРСУ 6-го курса юношей было 51 (40%) и 76 девушек (60%). Возраст молодых людей варьировал от 22 до 26 лет, и в среднем составил $23 \pm 0,5$ лет.

При изучении индекса массы тела было установлено, что большинство обследованных (108 человек - 85%) имеют нормальную массу тела (индекс Кетле колебался от 19 до 23 кг/м²), избыточная масса тела была у 12 человек (9,6%), ожирение было выявлено у 5 человек (3,9%), также имело место и недостаточная масса тела у 2 человек (1,5%). Полученные данные указывают на отсутствие у большинства студентов проблем с весом, несмотря на то, что по данным ВОЗ, более 1 млрд. человек по всему миру страдают от избыточного веса. Ожирение стало социальной проблемой в странах с высоким экономическим уровнем жизни. Так, примерно каждый пятый житель Великобритании страдает ожирением [2]. Ранняя диагностика предрасположенности к ожирению у молодых людей имеет большое профилактическое значение [4].

При измерении АД было установлено, что большинство обследованных имеют нормальное значение АД - 125 человек (98,5%) и высокое нормальное АД - 2 (1,5%), выше 140/90 мм рт. ст.

Остальные результаты статистической обработки анкет изложены в виде таблиц, обеспечивающих наглядность, и дающих возможность количественной и качественной характеристики.

Отношение студентов к ежедневным пешим нагрузкам (не менее 30 минут в день 5-6 раз в неделю)

Ходите ли Вы пешком ежедневно не менее 30 минут в день 5-6 раз в неделю?	Да	Нет	Всего
Число опрошенных (чел)	22 (17,3%)	105 (82,7%)	127%

Групп студентов, ведущих сидячий образ жизни, почти в 4 раза больше, чем студентов, совершающих ежедневные пешие прогулки не менее 30 минут в день. Борьба с гиподинамией — важный компонент профилактики, как ожирения, так и артериальной гипертензии [4].

Отношение опрошенных студентов к потреблению табака

Вы курите?	Да	Нет	Всего
Число опрошенных (п/%)	30 (23,6%)	97 (76,4%)	127 (100%)

Каждый третий студент курит.

Отношение студентов к употреблению алкоголя в неделю: для женщин более 250 мл. водки или 750 мл. вина или 2,5 л. пива, для мужчин более 500 мл. водки или 1500 мл. вина или 5 л. пива

Вы употребляете алкоголь?	Да	Нет	Всего
Число опрошенных (n/%)	3 (2,4%)	124 (97,6%)	127 (100%)

Практически все опрошенные не имеют отношения к данному фактору риска.

Отношение студентов к ежедневному употреблению соли более 5 г/сутки

Употребляете соль более 5 г/сутки?	Да	Нет	Всего
Число опрошенных (n/%)	60 (47,2%)	67 (52,8%)	127 (100%)

Практически половина опрошенных студентов употребляет большое количество соли ежедневно.

Отношение студентов к ежедневному употреблению 400-500 гр. фруктов и овощей (не считая картофеля)

Вы съедаете ежедневно около 400-500 гр. фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Да	Нет	Всего
Число опрошенных (n/%)	41(32,2%)	86 (67,8%)	127 (100%)

Более половины студентов не съедают ежедневно рекомендуемую норму фруктов и овощей.

Отношение студентов к частым стрессам, эмоциональным нагрузкам

Испытываете ли Вы частые стрессы, эмоциональные нагрузки, беспокойство, тревогу?	Да	Нет	Всего
Кол-во опрошенных (n/%)	60 (47,2)	67 (53,8)	127 (100)

Почти 50% опрошенных студентов испытывают стресс в повседневной жизни.

Учитывая приведенные выше данные, в структуре модифицируемых факторов риска среди студентов 6 курса наибольшее распространение имеют (в порядке убывания): недостаточные ежедневные физические нагрузки (82,7%), недостаточное употребление фруктов и овощей (67,8%),

избыточное потребление соли (47,2%), чрезмерные эмоциональные нагрузки (47,2%), курение (23,6%), избыточная масса тела (9,6%) и ожирение (3,9%).

Выводы:

Результаты анкетирования показывают, что значительная часть студентов страдает гиподинамией, что свидетельствует о необходимости комплексного подхода к увеличению физической повседневной активности.

В настоящее время молодые люди потребляют больше продуктов с высоким содержанием калорий, жиров, свободных сахаров и соли/натрия [5,6] и многие студенты по данным анкетирования не потребляют достаточно фруктов, овощей и других видов клетчатки.

Полученные данные призваны акцентировать внимание к проблеме первичной профилактики кардиоваскулярной патологии среди студентов и молодежи в целом. Учитывая тот факт, что исследование проводилось среди студентов медицинского факультета 6 курса, которые уже в скором времени станут врачами, знают все об этих факторах риска, но не придерживаются этих правил, нужно еще большее внимание уделять мероприятиям социально-просветительского характера молодежи в целом, что позволит повысить адаптивные возможности организма сохранить и укрепить здоровье студентов. В результате мы получим здоровое поколение, и соответственно, здоровых специалистов, что очень выгодно государству и обществу в целом.

Литература

1. Аналитический вестник № 44 (597) Об актуальных проблемах борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Москва 2015г.
<http://council.gov.ru/media/files/vDAae8RIETGBbLMU1OAKe2keXyvvYi5.pdf>
2. Караулько, И.В. Первичная профилактика неинфекционной патологии в практике участкового врача-терапевта / И.В. Караулько // Лекции и Обзоры. – 2010. - № 1. – С. 125-129.
3. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (третий пересмотр) / Всероссийское научное общество кардиологов. Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины // Научно-практич. реценз. мед. жур. – Москва, 2008. – № 6. – С.89-95.
4. Романова, Т.А. Программа ранней диагностики и профилактики артериальной гипертензии среди подростков белгородской области / Т.А. Романова // Серия Медицина. Фармация. - 2014. – Вып. 28/1, № 24. – С. 195.
5. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD // European Heart Journal. - 2013. – P. 189.
6. World Health Organization / The World health report. – 2002. – P. 232-235.
7. Nichols, M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update / M. Nichols, N. Townsend, P. Scarborough // European Heart Journal. – 2014. – P. 335-339.

ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

М.А. Сабодаха, Г.Р. Бестужева, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Благодаря относительно установившейся стабильности в жизни населения Кыргызской Республике, наблюдается тенденция к стремлению улучшить качество жизни, в том числе за счет здорового питания. Но с ростом численности населения, растет спрос на продукты питания, повышаются объемы производства в животноводстве и растениеводстве, вместе с тем растут угрозы безопасности продуктов питания. Наличие безопасных продуктов питания содействует развитию национальной экономики, торговли. Распространение туризма, все большая открытость стран и изменение форм поведения потребителей, приводят к увеличению числа людей, покупающих и употребляющих в пищу продукты питания, приготовленные в общественных местах.

Экологически чистых природных продуктов почти не существует. Микробы присутствуют повсеместно – в воздухе, воде, почве, в организмах человека и животных. Естественная микрофлора пищевых продуктов представляет сложный биоценоз, являясь вместе с тем биологической защитой от патогенов – антагонистов. Помимо обсеменённости пищевого сырья, причинами микробного загрязнения продуктов являются нарушения санитарных правил и технологии приготовления, сроков и температурного режима хранения, транспортировки и реализации пищевых продуктов. Микрофлора может влиять на качество пищевых продуктов и, размножившись, привести к порче продукта (по типу брожения, гниения, плесневения, разложения) и стать причиной более двухсот болезней от диареи до онкозаболеваний и прионовых болезней.

Целью настоящего исследования явилось изучение вопросов биологической безопасности пищевых продуктов животного и растительного происхождения юга Кыргызстана.

Материал и методы

При оценке безопасности пищевых продуктов обязателен количественно-качественный микробиологический контроль. Гигиенические нормативы по микробиологическим показателям включают контроль по 4 группам микроорганизмов: санитарно-показательные, к которым относятся мезофильные аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы МАФАнМ и бактерии группы кишечных палочек – БГКП (коли-формы); условно-патогенные микроорганизмы, к которым относятся эшерихии, золотистый стафилококк, протей, бациллы cereus и сульфитредуцирующие клостридии; патогенные микроорганизмы, в том числе сальмонеллы; микроорганизмы порчи – в основном это дрожжи и плесневые грибы [1]. Безопасными считаются продукты, когда в

нормируемой массе продукта отсутствуют БГКП, большинство условно-патогенных, а также патогенных микроорганизмов.

На базе Ошской, Баткенской, Джалал-Абадской бактериологических лабораторий были изучены пробы сырья и готовой продукции животного и растительного происхождения государственных и частных предприятий общественного питания и проведены 32012 микробиологических исследований для определения контаминации продуктов питания микрофлорой (таблица 1). Для индикации и идентификации микроорганизмов применяли экспресс-методы, посев на питательные среды с последующей микроскопией, фаголизательностью и изучением биохимической активности выделенной чистой культуры. При интерпретации результатов обсеменённости продуктов микрофлорой пользовались нормативными документами [2,3].

В результате проведенных исследований по отдельным группам микроорганизмов, определяемых в обязательном порядке в 390 пробах одиннадцати наиболее важных пищевых продуктах, установлено наличие отклонений, не отвечающих требованиям санитарных норм (таблица 2).

Таблица 1 - Количество исследованных образцов по основным пищевым продуктам

Продукты исследования	Общее число образцов
Мясо, птица (сырые) / мясо – птица продукты (готовые)	11932
Рыба (сырая) и рыбопродукты (готовые)	275
Яйцо и продукты	743
Молоко (сырое) / молокопродукты	3829
Детское питание промышл.	147
Кулинария и готовые блюда	13953
Маргарин, майонез	1079
Хлебопродукты	1229
Сахар и кондитерские изделия	7936
Овощи, фрукты, бахчевые	717
Консервы	172
Всего:	32012

В таблицах 2 и 3 сведены результаты анализов по отдельным группам продовольственных продуктов в южных регионах Кыргызстана. По Баткенской и Джалал-Абадской областям анализы выполнялись не в полном объеме, поэтому результаты не столь убедительны.

Таблица 2 - Качество пищевых продуктов по микробиологическим критериям безопасности СанПиН 2.3.2.1078-01

Группа продовольственных товаров	Ошская область		Баткенская область		Джалал-Абадская область	
	Общее число образцов	Число недоброкачественных образцов	Общее число образцов	Число недоброкачественных образцов	Общее число образцов	Число недоброкачественных образцов
Мясо, птица (сырые) / мясо – птица продукты (готовые)	239/372	1/19	/122	/1	463/736	28/9
Рыба (сырая) и рыбопродукты (готовые)	91	1	60	Нет отклонений	124	5
Яйцо и продукты	317	5			426	1
Молоко (сырое) молоко-продукты	351/1261	Нет отклонений /49	80/692	1/3	304/1141	4/15
Детское питание промышленного производства	124	2	23	Нет отклонений		
Кулинария и готовые блюда	4118	108	1934	21	7901	52
Маргарин, майонез	473	6			606	2
Хлебопродукты	1023	3			206	Нет отклонений
Сахар и кондитерские	3598	41	1057	6	3281	3
Овощи, фрукты, бахчевые	717	4				
Консервы	46	Нет отклонений			126	Нет отклонений
Всего:	12730	239	3968	32	15314	119

Таблица 3 - Процент отклоненных проб

Группа продовольственных товаров	Ошская область	Баткенская область	Джалал-Абадская область
Мясо, птица (сырые) / мясо – птица продукты (готовые)	0,4/5,1	/0,8	6/1,2
Рыба (сырая) и рыбопродукты (готовые)	1,1	Нет отклонений	4
Яйцо и продукты	1,6		0,2
Молоко (сырое) / молокопродукты	/3,9	1,25/0,4	1,3/1,3
Детское питание промышленного производства	1,6	Нет отклонений	
Кулинария и готовые блюда	2,6	1,1	0,7
Маргарин, майонез	1,3		0,3
Хлебопродукты	0,3		Нет отклонений
Сахар и кондитерские	1,1	0,6	0,1
Овощи, фрукты, бахчевые	0,6		
Консервы	Нет отклонений		Нет отклонений

По Ошской области (рисунок 1) из 12730 проб продуктов, 239 (1,9%) имели отклонения по микробной контаминации. Были выделены: 35 (14,6%) культур мезофильных аэробных и факультативно анаэробных бактерий, в 180 (75,3%) пробах высеяны БГКП, 23 (9,6%) культуры золотистого стафилококка, в 3(1,3%) пробах - эшерихии, в 4 (1,7%) пробах – плесневые грибы, в рыбе – протей в одной пробе (0,4%), в 2(0,8%) пробах – *Bacillus cereus*. По Баткенской области (рисунок 2) из 3968 проб продуктов в 32 пробах имели отклонения. Были выделены: 13 культур мезофильных аэробных и факультативно анаэробных бактерий, в 19 пробах высеяны БГКП. По Джалал-Абадской области (рисунок 3) из 15314 проб продуктов 119 имели отклонения. Были выделены: 4 культуры мезофильных аэробных и факультативно анаэробных бактерий, в 115 пробах высеяны БГКП (рисунок 1, 2, 3).

По всем областям в пищевых продуктах, не отвечающих нормативам по содержанию отдельных групп микробов, преобладают БГКП (от 59,3 до 96,6%) и КМАФАнМ (от 3,4 до 40,6%), что свидетельствует о санитарном неблагополучии хранения пищевых продуктов. Остальные контаминанты содержатся в небольших количествах образцов и не носят системного характера.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ЦЕНТРЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ЖАЛАЛ-АБАДСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Н.М. Темиров¹, В.Н. Темирова², А.С. Сыдыков³, Р.С. Розыева⁴

¹Жалал-Абадский государственный университет,

**²Клинический родильный дом Национального центра охраны
материнства и детства,**

³Кыргызско - Российский Славянский Университет,

**⁴Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации, г. Бишкек, Кыргызстан**

Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП, внутрибольничные, нозокомиальные инфекции) представляют очень острую проблему для лечебных учреждений во всем мире, в том числе и в Кыргызской Республике, поскольку, наслаиваясь на основное заболевание, они увеличивают показатели заболеваемости и смертности пациентов, что приводит к снижению качества медицинской помощи.

Примерно половина всех внутрибольничных инфекций связана с проведением инвазивных диагностических и терапевтических процедур [1].

Внедренная система инфекционного контроля (ИК) позволит предотвратить развитие и распространение большинства инфекций путем выполнения достаточно простых мероприятий [2,3].

Инфекционный контроль – это система эффективных организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в организациях здравоохранения

В связи с этим в Республиканском Центре Инфекционного Контроля НПО «Профилактическая медицина» МЗ КР были разработаны ряд профилактических мероприятий направленных на профилактику инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП). Для оценки эффективности внедренных мероприятий был проведен мониторинг с использованием оценочного инструмента (МиО), для определения динамики состояния инфекционного контроля (ИК) в организации здравоохранения (ОЗ) [4,5,6].

Проведение мониторинга и оценки (МиО) системы инфекционного контроля на регулярной основе является важным разделом работы любой ОЗ.

Цель исследования – разработать профилактические мероприятия по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) и дальнейшего усовершенствования системы инфекционного контроля в организациях здравоохранения.

Задачи исследования

1. Оценить состояния инфекционного контроля (ИК) в центрах общей врачебной практики в области.

2. Провести анализ причин не исполнения требований ИК в зависимости от уровня оказываемой помощи и компонентов ИК.

3. Провести анализ различий в исполнении требований ИК в районах области.

4. Разработать практические рекомендации по дальнейшему усовершенствованию и улучшению системы ИК в центре общей врачебной практики (ЦОВП) области.

Материалы и методы

В Жалал-Абадской области население составляет – 1 179 700 человек. Медицинскую помощь оказывают 38 государственных ОЗ, в том числе 6 областных структур, 32 районных и городских организации (из них территориальные больницы (ТБ) - 9, центры общей врачебной практики (ЦОВП) - 7, центры семейной медицины (ЦСМ) - 9, стоматологические поликлиники (СП) - 7).

Оценка и мониторинг ИК проводился с использованием оценочного инструмента, методом прямого наблюдения и нормативной документацией:

- истории болезни/родов;
- журналы регистрации ИСМП (инфекционных заболеваний персонала, аварийных ситуаций, постановки катетеров, перевязок, манипуляций, и т.д.;
- данные статистических отчетов организации;
- внутренние приказы и административная документация организации здравоохранения (ОЗ);
- документации по закупкам изделий медицинского назначения (ИМН);
- отчеты по результатам ранее проведенных исследований.

Оценочный инструмент состоит из четырех граф, куда вводится оценка об исполнении или неисполнении критериев ИК, по минимальному количеству отделений или кабинетов в одной организации здравоохранения.

Каждый критерий содержит от двух до шести минимальных требований ИК, где «ДА» или «+» если требование исполняется, «НЕТ» или «-» если требование не исполняется, а также н/п – «не применимо» если для исполнения данного требования необходимы условия, которых в данном учреждении нет.

В конце каждого критерия выставляется общая оценка. Если одно требование, включенное в критерий, не исполняется, то весь критерий оценивается как не исполненное, затем подсчитывают процент выполняемых критериев по подразделениям и в целом по ОЗ путем деления количества исполняемых критериев (n) на общее число наблюдаемых критериев (N) по блокам и по всей ОЗ: $\% \text{ исполнения ИК} = n/N$. Индикатор имеет значение от 0% до 100,0%. Чем больше значение данного показателя, тем полнее и качественнее проводятся мероприятия по профилактике инфекций,

связанных с оказанием медицинской помощи среди пациентов и медицинского персонала в центрах ОВП.

С помощью оценочного инструмента собираются данные для подсчета индикаторов:

1. Процент исполнения требований ИК в организации здравоохранения.

2. Процент медицинского персонала, прошедшего специальное обучение в рамках сертифицированных программ;

3. Процент специалистов/медсестер инфекционного контроля, прошедшего специальное обучение в рамках сертифицированных программ;

4. Процент ОЗ внедривших безопасную систему обращения с медицинскими отходами (технология автоклавирования медицинских отходов).

5. Процент обеспеченности одноразовыми перчатками.

6. Процент обеспеченности одноразовыми шприцами.

7. Процент обеспеченности одноразовыми подключичными системами.

8. Процент обеспеченности многоразовыми подключичными катетерами.

Материалами для сбора информации являлись:

«Оценочный лист состояния ИК в организациях здравоохранения», утвержденный приказом МЗ КР от 28.03.2016 № 214, который включал 64 оценочных критерия по 10 функциональным и клиническим подразделениям ОЗ. В статью включены результаты первого и второго мониторинга и оценки (МиО) проведенных в центре общей врачебной практики (ЦОВП) 2016- 2017 году.

В результате проведенного мониторинга и оценки (МиО) (рисунок 1) было установлено, что общий процент соответствия требованиям ИК для 7- ЦОВП, вошедших в оценку, вырос по области в 1,6 раза (с 24,5 до 40,7%), относительно базовой оценки. При этом наибольший рост исполнения требованиям ИК был выявлен в ЦОВП г Кара-Куль – в 1,9 раза (с 31,2 до 60,9%) и г. Майлу-Суу на 1,6 раза (с 31,2 до 51,6%). Самый наименьший процент исполнения требованиям критерий ИК наблюдался в Уч-Терек- с 5,0% до 10,1%.

Сравнительный анализ значений процента соответствия критериям ИК по функциональным блокам в ЦОВП (рисунок 2), наибольший рост в «отделение реанимации и палаты интенсивной терапии (ОРИПИТ)» – в 3,5 раз (16,7 до 58,3%), «Акушерское отделение» - 2,4 раза (с 19,3 до 45,9%), «централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)» - 2,3 раза (с 16,0 до 37,5%) и «безопасность медицинских процедур (БМП) и Опер блок» - в 2,0 раза соответственно, в сравнении с базовым МиО. Наименьший рост был выявлен по разделу «управление медицинскими отходами (УМО)» - в 1,1 раз (с 62,7 до 71,4%) и «Административный контроль» - в 1,5 раза (28,4 до 42,8%).

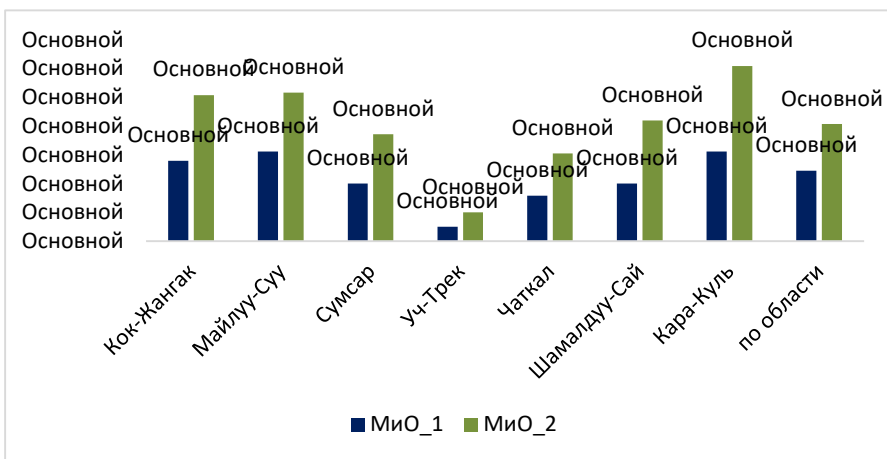


Рисунок 1 - Общий критерий исполнения ИК по центрам общей врачебной практики Жалал-Абадской области

Самыми слабо исполняемыми функциональными блоками системы ИК в ЦОВП, являлись «больничная гигиена» (5,7%), система изоляции (7,1%) и прачечные (14,2%).

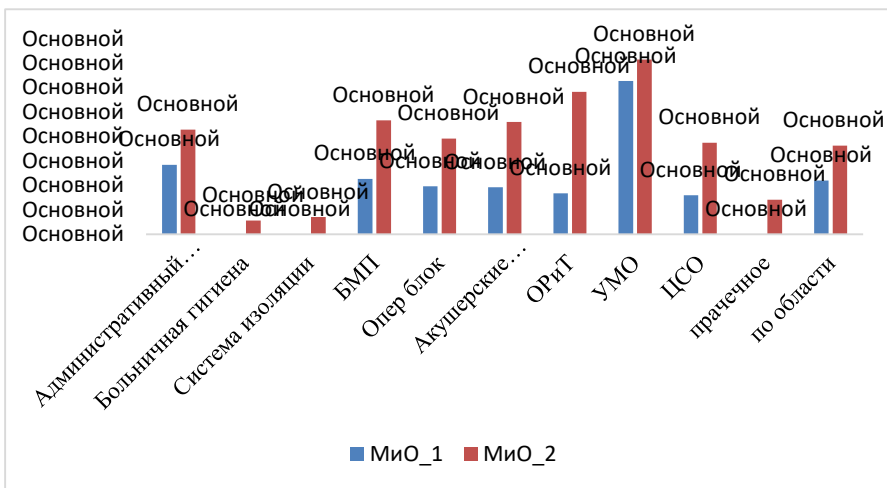


Рисунок 2 - Среднее процентное значения исполнения критерий ИК по функциональным блокам в ЦОВП Жалал-Абадской области

По области средний процент исполнения требований ИК по административному контролю вырос в 1,5 раза, или на 14,2%. Наибольший процент исполнения критериев ИК отмечено в ЦОВП г. Кара-Куль и Сумсар

по 66,6%, наименьший выявлен ЦОВП Уч-Терек 16,6%. Не отмечался рост (с 33,3%) в ЦОВП Чаткал и Кок-Жангак, а наоборот снижена с 66,6% до 33,3% или на 2,0 раза в ЦОВП Майлуу-Суу.

В ЦОВП самый высокий общий процент исполнения требований ИК по блоку «Безопасность медицинских процедур», был выявлен г. Кара-Куль (77,7%) и Майлуу-Суу (66,6%). Нет исполнения требований ИК в Уч-Терек, наиболее низкий в Сумсар – 37,5% и в Чаткал – в 1,2 раза. Наибольший рост общего процента требований ИК в Кок-Жангак – в 2,2 раза и Майлуу-Суу, Шамалдуу-Сай – в 2,0 раза.

По «Операционный блок» высокий общий процент исполнения требований ИК, по сравнению с базовым МиО, был выявлен в ЦОВП Кок-Жангак и Шамалдуу-Сай (62,5%), низкий в Сумсар и Уч-Терек – 12,5%. Без роста остались ЦОВП Сумсар (12,5%) и Чаткал (25%). Наибольший рост общего процента исполнения требований ИК был выявлен в ЦОВП Шамалдуу-Сай – в 5,0 раза, Кок-Жангак – в 2,5 раза и Кара-Куль -2,0 раза.

Наиболее высокий процент исполнения требований ИК, по «Акушерскому отделению», был выявлен в ЦОВП Кара-Куль, Майлуу-Суу и Кок-Жангак (63,6%), наиболее низкий в Уч-Терек – 9,0% и Чаткал – 27,2% . Наибольший рост общего процента исполнения требований ИК был выявлен в ЦОВП Шамалдуу-Сай – в 6,0 раза и Майлуу-Суу – в 3,5 раза. Наименьший рост был выявлен ЦОВП в Сумсар – в 1,2 раза.

Процент исполнения требований ИК по функциональному блоку «ОРИПИТ», в базовом и во втором МиО, остались не исполненными в ЦОВП Кок-Жангак, Сумсар, Уч-Терек, Чаткал. Наибольший процент исполнения требований критерий ИК был выявлен в ЦОВП Майлуу-Суу и Кара-Куль (75,0%).

Из 10 критериев функционального блока ИК, самый высокий общий процент исполнения требований ИК был по блоку «Управлению медицинскими отходами», как и в базовом и во втором МиО. Наибольший процент исполнения требований критериев ИК в ЦОВП Кок-Жангак и Кара-Куль (85,7%). Остались без роста в Уч-Терек (42,8%), Шамалдуу-Сай (71,4%), процент исполнения критериев ИК снижено с 81,1% до 71,4% в Майлуу-Суу.

Нет исполнения требований ИК по блоку «Централизованное стерилизационное отделение» в ЦОВП Уч-Терек и Чаткал (0%). В этих учреждениях стерилизация медицинских инструментов организовано в кабинетах структурных подразделений. Наибольший процент исполнения критериев ИК отмечено в ЦОВП г Кара-Куль и Майлуу-Суу по 75,0%. Не отмечался рост (с 25,0%) в ЦОВП Шамалдуу - Сай.

Из 10 критериев функционального блока ИК, самый низкий процент были функциональные блоки «Больничная гигиена, система изоляции и прачечная», как и в базовом, так и во втором МиО. Блок больничная гигиена и система изоляция во всех ЦОВП районных и городских областях не выполнена, за исключением ЦОВП Чаткальского района, где исполнение

больничной гигиены составляет 40,0%, в Сумсар и Кок-Жангак исполнение критерий системы изоляций приходится по 50,0%.

Остались не исполненным блок «Прачечная» в ЦОВП Кок-Жангак, Майлуу-Суу, Уч-Терек, Чаткал. Наибольший процент исполнения требований критерий ИК в ЦОВП Кара-Кол (50,0%).

Заключение: В ходе проведенного 2-го МиО были выявлены определенные достижения в развитии системы ИК Все ЦОВП на 100,0% укомплектованы средним медицинским персоналом по ИК, обеспеченность специалистами с высшим медицинским образованием составляет 14,0%. Все ЦОВП имеются Комитеты качества (с функциями и планами по ИК), большая часть ОЗ обеспечены полным пакетом нормативных документов по ИК, обеспеченность стационаров одноразовыми изделиями медицинского назначения (перчатки, шприцы, системы для в/в вливаний, периферические сосудистые катетеры и др.) на 100,0%.

Проводится вакцинация сотрудников против вирусного гепатита «В» (ВГВ). Улучшилось соблюдение мероприятий по гигиене и безопасности медицинских процедур, процесс дезинфекции, стерилизации медицинского оборудования и инструментария, система управления медицинскими отходами.

Результаты базовой и второй МиО ЦОВП обсуждены на заседаниях комитета качества и коллектива ОЗ, с анализом причин несоответствия критериев ИК. Вопрос подготовлен и обсужден на координационном совете здравоохранения области с принятием конкретных рекомендаций:

1. Провести расчет реальной потребности и затрат на закупку:
 - одноразовых изделий медицинского назначения;
 - средств индивидуальной защиты;
 - антисептика для обработки рук, стерильного смазочного материала;
 - вакцины и иммуноглобулина против гепатита «В» для проведения вакцинации и пост контактной профилактики;
 - оборудования медицинского (стерилизаторы, инкубаторы и т.д.) и немедицинского назначения (водонагреватели, электрогенераторы, кондиционеры, стиральные машины и т.д.);
 - одноразовых салфеток (бумажные) для рук, настенных локтевых дозаторов для антисептика и жидкого мыла для процедурных;
 - расходных материалов для проведения стерилизации;
 - мебели (медицинских кроватей-трансформеров, кроваток для новорожденных, пеленальных столиков и т.д.) и уборочного инвентаря;
 - некистевых смесителей (локтевые, сенсорные, педальные), раковин и т.д.
2. Рекомендовать переход на использование одноразовых изделий медицинского назначения, включая хирургических и гинекологических инструментов.
3. Переработать в соответствии с результатами проведенного мониторинга и оценки планы мероприятий по качеству медицинской помощи

с включением раздела по ИК, с указанием индикаторов и бюджета мероприятий;

4. Комитетам качества медицинской помощи (ККМП):

- Провести внеочередное заседание ККМП, по рассмотрению и утверждению плана, провести пиритизацию мероприятий и закупок;

- Рассмотреть вопросы поиска внебюджетных источников финансирования.

- Разработать план обучения врачей и медсестер по ИК, который должен быть включен в общий план мероприятий/работы организации.

- Внедрить проведение внутреннего мониторинга и оценки состояния ИК в отделениях с использованием Оценочного инструмента и обсуждением результатов оценки на врачебных конференциях и заседаниях Комитета качества;

- Разработать и утвердить внутренние инструкции, протоколы, стандарты определенных процедур по ИК;

- Активно вовлекать руководителей ОЗ в проведение систематического анализа ИК.

5. Организовать закупки в соответствии с потребностями за счет бюджета организации здравоохранения (не за счет сотрудников или пациентов!).

6. Провести ремонтные и другие установочные работы:

- Отремонтировать/установить приточно-вытяжную вентиляцию, в первую очередь самостоятельную систему вентиляции и очистки воздуха в оперблоках, отделениях реанимации и интенсивной терапии;

- Организовать боксы со шлюзами в отделении реанимации на случай необходимости изоляции пациента с респираторной и особо-опасной инфекцией;

- Реорганизовать опер. блок с выделением общебольничной зоны (кабинеты для персонала, зав. отделением, ст. медсестры и т.д.), зоны строго режима (душевые и комнаты для переодевания операционной бригады, комнаты для хранения оборудования и материалов), стерильной зоны (предоперационные и операционные);

- Рассмотреть вопрос об реорганизации ЦСО с расширением объемов площадей, оборудования для централизации очистки и стерилизации всего инструментария и материалов ОЗ;

7. Рассмотреть вопрос и обеспечить выполнение нормативов площади на койку в палатах, площади перевязочных и процедурных;

8. При наличии проблем с бесперебойной подачей чистой питьевой воды - установить резервуары для водоснабжения (установка водонапорной башни возле лечебной организации, альтернативный вариант - подземные резервуары с водой с подачей воды повышающим насосом).

9. При планировке, перепланировке (при проведении ремонта), реконструкции или строительстве новых зданий ОЗ согласовывать планировку/перепланировку с территориальными ЦПЗ и ГСЭН;

10. Провести тренинги на рабочем месте для врачей и медсестер с последующим тестированием по:

- гигиене рук медперсонала (показания для мытья и антисептики рук, алгоритм);
- стандартным определениям ИСМП, выявлению, учету и регистрации случаев ИСМП;
- биоаварий и проведения пост контактный профилактики (ПКП);
- изоляционно-ограничительным мерам и факторам риска развития ИСМП;
- стандартным мерам предосторожности и использованию средств индивидуальной защиты;
- по безопасности медицинских процедур (алгоритмы по приказам МЗ КР и постановлению правительства);
- обращению с медицинскими отходами.

11. По каждому случаю ИСМП заполнять эпидкарды и передавать специалисту ИК для последующего анализа. Результаты анализа (1 раз в квартал) рассматривать на заседаниях Комитета Качества Медицинской помощи (ККМП) и врачебных конференциях.

12. Изоляционно-ограничительным мерам:

- В регистратуре консультативно-диагностическом отделение (КДО)/приемном блоке организовать опрос пациентов на признаки респираторной инфекции (туберкулеза) и их приоритетное обслуживание;
- Во избежание очередей и скопления людей организовать прием к врачам в поликлинике и в диагностические кабинеты по телефонной/электронной записи;
- В КДО/приемном блоке организовать доврачебный кабинет для осмотра и опроса на наличие инфекций пациентов, поступающих на госпитализацию в стационар и приема амбулаторных пациентов с признаками респираторной инфекции.

13. По безопасности процедур:

- Внедрить использование одноразовых салфеток для рук.
- Внедрить алгоритм катетеризации мочевого пузыря в соответствии с приказами МЗ и Инструкции по инфекционному контролю;
- Внедрить регистрацию постановки и удаления подключичных и мочевых катетеров согласно «Инструкции по инфекционному контролю в ОЗ КР»;
- Рекомендовать полный отказ от многократных дозовых лекарственных флаконов.
- Обеспечить круглосуточный мониторинг температурного режима хранения компонентов крови в отделение переливание крови (ОПК);
- При приеме гемаконовых пакетов с препаратами крови обязательно контролировать отметки на наличие тестирования на ВИЧ, вирусные гепатиты, бруцеллеза и сифилиса.

14. В операционном блоке/хирургических отделениях:

- Организовать поточность работы согласно нормативным документам.

- По возможности установить бесконтактные двери (сенсорные).

- Внедрить использование антисептика с персистирующим действием (спиртовой раствор хлоргексидина) для хирургической обработки рук;

- Разработать (на основании Клинического руководства по периоперационной антибиотико профилактики (ПАП)), внутренний протокол ПАП при хирургических вмешательствах.

- Провести тренинг для анестезиологов и хирургов по протоколу ПАП.

- Убрать пред стерилизационную очистку и стерилизацию медицинского инструментария из предоперационной опер блоков в ЦСО, проводить только обеззараживание (дезинфекцию).

- Внедрить использование медперсоналом защитных очков при оперативных вмешательствах. Обучить персонал опер блока по обработке защитных очков;

- Внедрить методику передачи остро-колющих инструментов на лотке;

15. В ОРИПИТ (отделениях реанимации и палаты интенсивной терапии):

- Установить раковины для мытья рук;

- Емкости для сбора отходов поставить в местах их образования в зоне доступа;

- Установить настенные локтевые дозаторы с антисептиком при входе и на выходе в отделении и палату;

- Смену одежды проводиться ежедневно;

- Запретить использование дозаторов с пульверизатором, использовать настенные локтевые дозаторы с антисептиком;

- Увлажнители резервуаров заполнять стерильной дистиллированной водой;

- Проводить генеральную уборку при выписке или переводе пациента;

16. В ЦСО (централизованное-стерилизационное отделение):

- Реорганизовать ЦСО с централизацией пред стерилизационной очистки и стерилизации инструментария в соответствии с требованиями;

- Стерилизационное оборудование перенести из предоперационных в ЦСО;

- Внедрить постановку проб качества пред стерилизационной очистки на наличие хлорсодержащих окислителей, ржавчины, кислот и пероксидаз;

17. По УМО (управление медицинскими отходами):

- Разработать и утвердить схемы движения опасных отходов из отделений;

- В целях сокращения объемов общих отходов организации внедрить отдельный сбор растительных отходов и организовать для них компостные ямы;

- В оперблоке внедрить цветовую кодировку и маркерровку емкостей для сбора отходов;

- Запретить утилизацию медицинских отходов (отделение реанимации).
- Провести тренинги на местах по УМО.

Литература

1. Покровский, В.И. Национальная Концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи и информационный материал по ее положениям / В.И. Покровский, В.Г. Акимкин, Н.И. Брико и др. – Н. Новгород.: Ремедиум Приволжье, 2012. – 84 с.
2. Суранбаева, Г.С. Вирусные гепатиты в Кыргызстане / Г.С. Суранбаева. – Германия, Берлин: Международный дом «Ламберт». – 2015. – 68 с.
3. Джумалиева, Г.А. Руководство по эпидемиологическому надзору за гемоконтактными инфекциями в организациях здравоохранения / Г.А. Джумалиева, А.А. Кравцов, Н.О. Соромбаева и др. - Бишкек. – 2015. – 97 с.
4. Мазуренко, О.А. Стандартизация подходов к проведению мониторинга инфекционной безопасности в ЛПУ / О.А. Мазуренко, И.Н. Старухина, А.Е. Бутакова и др. // Дальневосточ. журн. инфекц. патол. -2008. - № 12. - С. 138-142.
5. Джумалиева, Г.А. Экономическая эффективность программ инфекционного контроля / Г.А. Джумалиева // Медицина Кыргызстана. – 2007. - № 3. – С. 71-74.
6. Джумалиева, Г.А. Современные проблемы организации эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями в Кыргызской Республике / Г.А. Джумалиева, О.Т. Касымов, А.А. Кравцов // Медицина Кыргызстана. – 2010. - №8. – С. 35 – 44.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН (обзор литературы)

А.А. Яншанло, Г.С. Чернецова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Отличительной чертой XXI века стало снижение фертильности мужчин, т.е. их способности к размножению. За 75 лет существования количественного анализа семенной жидкости число спермиев, считающееся нижней границей нормы, пересматривалось неоднократно, в результате чего было уменьшено в 3 раза. Изменение представлений о нормальных показателях состояния сперматогенной функции человека может свидетельствовать либо о завышении первоначально принятых критериев, либо о действительно происходящем снижении активности сперматогенеза [1].

Важнейшие доказательства реально происходящего снижения показателей активности сперматогенеза содержатся в выводах аналитических исследований, посвященных количественной оценке сперматогенной функции у нормальных мужчин. В анализ были включены показатели эякулята 15 тысяч здоровых мужчин в возрасте 17–64 лет,

обследованных в разных странах мира. Было установлено, что концентрация спермиев за последние 50 лет снизилась с 117млн/мл. За этот же период несколько уменьшился и средний объем эякулята – с 3,4 до 2,75 мл. А также общее число подвижных спермиев (с 180 до 129 млн) при одновременном уменьшении доли морфологически неизмененных спермиев. Снижение данных показателей сперматогенеза происходило со скоростью примерно 2% в год. Выявлены существенные нарушения сперматогенеза, достоверное уменьшение массы яичек, диаметра извитых семенных канальцев, нарастание объема соединительной ткани (фиброз) [2].

Известно, что причиной полного или частичного угнетения процессов сперматогенеза являются некоторые генетические нарушения, в частности. анэуплоидия и структурные аномалии хромосом. Транслокацияаутосом выявляются в 10 раз чаще у стерильных мужчин, чем у плодovitых. Обнаружены также часто встречающиеся делеции Y-хромосомы (Yq). Предполагают, что микроделеции или мутации локуса фактора азооспермии (AZF) могут приводить к нарушению сперматогенеза у мужчин с неизмененным хромосомным набором [3].

Значительно более часто аномалии развития яичка обусловлены не генетическими нарушениями, а действием физических, химических и гормональных факторов в течение внутриутробного периода. К веществам, которые, воздействуя пренатально, вызывают нарушение сперматогенеза в последующей жизни, относят соединения, дающие эстрогенный или антиандрогенный эффект. Ранее экспериментально доказано, что пренатальное воздействие синтетического эстрогена диэтилстильбэстрола приводит к ряду нарушений развития мужской половой системы – повышению частоты крипторхизма и дефектов формирования полового члена и уретры, а в дальнейшем к снижению концентрации спермиев. Эти экспериментальные наблюдения полностью согласуются со сведениями о повышенной частоте аномалий мочеполовой системы у мужского потомства более 2 млн женщин, получавших во время беременности диэтилстильбэстрол [4].

В последние десятилетия зарегистрировано повышение частоты врожденных аномалий мужской половой системы, особенно крипторхизма (в 1,5–2 раза), который увеличивает риск возникновения азооспермии более чем в 5 раз и является важным фактором, предрасполагающим к развитию рака яичка спустя 30–40 лет. Распространенность гипоспадии повысилась в последние десятилетия на 65–77% (4,5). Среди основных неблагоприятных факторов условно выделяют химические, физические и бытовые.

Химические факторы. Как и в случае антенатального воздействия, из химических факторов особенно значимы соединения, которые имитируют эффекты эстрогенов или являются лигандами рецепторов андрогенов. Такие вещества способны вмешиваться в естественные пути эндокринной регуляции процессов гаметогенеза и стероидогенеза в мужском организме.

К веществам указанного действия относят естественные эстрогены растительного происхождения (фитоэстрогены), попадающие в организм с продуктами питания. Однако несравненно большую опасность представляют разнообразные группы искусственно созданных химических соединений, обладающих эстрогенной или антиандрогенной активностью, которые практически повсеместно все в большей степени загрязняют окружающую среду. Эта группа соединений включает в себя широко применяемые в промышленности химические вещества, компоненты топлива и соединения, образующиеся при сгорании нефтепродуктов, – полициклические ароматические углеводороды, полихлорированные бифенилы, диоксины, эфиры фталата, алкилфенольные соединения, а также используемые в сельском хозяйстве и животноводстве хлорорганические пестициды, инсектициды и фунгициды (наиболее известный пример – ДДТ).

Указанные вещества проникают в организм на производстве и в быту – с водой, вдыхаемым воздухом и всеми видами пищи (как растительной, так и животной). Некоторые из них оказывают токсическое влияние непосредственно на дифференцирующиеся половые клетки, другие действуют на гормональные механизмы на уровне гипоталамуса и гипофиза. Часть их оказывает дополнительное неблагоприятное действие на репродуктивную функцию мужчин путем изменения характера секреции предстательной железы и семенных пузырьков.

Угнетению сперматогенной функции могут способствовать соединения, оказывающие токсическое воздействие на сперматогенные клетки, клетки Лейдига, гипоталамус, гипофиз и нарушающие механизмы обратной связи в гипоталамо-гипофизарно-гонадальной системе. Это тяжелые металлы, нейротропные яды (фенол, толуол, бензин, хлорид аммиака), которые встречаются на производстве в различных отраслях промышленности и постоянно попадают в окружающую среду.

В данный список необходимо включить и фармакологические препараты – седативные средства и антидепрессанты, некоторые антибиотики и все сульфаниламиды, кетоконазол, диуретики, гипополипидемические средства, гормоны (эстрогены, андрогены), блокаторы гистаминовых рецепторов (противоязвенные препараты), гипотензивные, средства химиотерапии опухолей.

Физические факторы. Из физических факторов, влияющих на сперматогенез, наибольшее действие оказывают температура, облучение и вибрация. Температура, при которой протекает сперматогенез, оказывает влияние на его количественные и качественные показатели; повышение температуры тела (в связи с действием производственных факторов, при лихорадочных состояниях, частом приеме горячих ванн, посещении сауны)

вызывает подавление сперматогенеза. Сперматогенез, как известно, страдает также при таких заболеваниях, как крипторхизм и варикоцеле, при которых одним из повреждающих факторов служит повышенная интратестикулярная температура. Даже умеренное локальное перегревание яичек вследствие ношения плотно прилегающего белья способно оказывать повреждающее влияние на сперматогенез.

Нарушает сперматогенную функцию также облучение, эффект которого зависит от общей дозы, кратности и длительности воздействия, возраста, в котором оно происходит, и пубертатного статуса. В последние годы особое значение придают долгосрочному влиянию низких доз облучения, с которым некоторые авторы связывают снижение активности сперматогенеза.

Еще одним физическим фактором, отрицательно влияющим на сперматогенез, является вибрация, с которой сопряжена профессиональная деятельность рабочих ряда специальностей (водители, механизаторы, горняки и др.). У таких лиц повышена частота олигозооспермии и азооспермии, снижены объем эякулята и доля подвижных спермиев, повышена частота морфологически аномальных спермиев. Вибрационную болезнь рассматривают как дисгормональное состояние с гиперпродукцией кортикостероидов.

Бытовые факторы. Влияние бытовых факторов связано с индивидуальными особенностями образа жизни, которые систематически, а в последние годы приобретая все большую распространенность, оказывают угнетающее влияние на сперматогенез [6,7].

Хорошо известно, что алкоголь способен вызвать тяжелые нарушения сперматогенеза, повреждая сперматогенные клетки и клетки Лейдига, нарушая метаболизм половых стероидов, поражая гипоталамус и гипофиз. В яичке алкоголиков выявляют атрофию клеток Лейдига и извитых семенных канальцев с потерей сперматогенных клеток (вплоть до полной – синдром «только клетки Сертоли»); у них снижены содержание зрелых спермиев и доля подвижных и морфологически нормальных форм, развивается фиброз яичка. Более 80% хронических алкоголиков стерильны.

Степень нарушения сперматогенеза отчетливо связана с количеством потребляемого алкоголя. При его ежедневной дозе 80–160 г и более нормальный сперматогенез сохраняется только у 21–37% мужчин, у 54–74% отмечается частичное или полное нарушение сперматогенеза, у 4–9% – синдром «только клетки Сертоли». Тот факт, что у 20% алкоголиков сперматогенез сохраняется на достаточно высоком уровне, указывает на существенные индивидуальные различия в чувствительности к алкоголю.

Негативно влияет на активность сперматогенеза курение. У курящих снижены секреция тестостерона яичком, концентрация спермиев в эякуляте,

их подвижность, оплодотворяющая способность, доля морфологически, генетически и функционально нормальных клеток. Этот эффект связывают с нарушением деятельности клеток Лейдига и Сертоли, а также с прямым цитотоксическим влиянием на сперматогенные клетки.

Тяжелые расстройства сперматогенеза при систематическом употреблении наркотиков (особенно марихуаны, каннабиса и героина) часто проявляются олигоастенозооспермией и некроспермией. На ультраструктурном уровне выраженные дегенеративные изменения отмечаются практически во всех отделах зрелых спермиев.

К факторам, угнетающим сперматогенез, относят также выраженный стресс (в том числе психологический). Действие стресса опосредуется рядом гормональных сдвигов – снижением уровня тестостерона и дегидроандростерона при повышении концентраций кортикостероидов [7].

Литература

1. Данилова, Л.В. Сперматогенез и его регуляция / Л.В. Данилова. - М.: Наука, 1983. - С. 232.
2. Леонтьева, О.А. Сравнительный анализ морфологии сперматозоидов человека: нативный эякулят - прогрессивно подвижная фракция / О.А. Леонтьева, О.В. Воробьева // Проб. репрод. – 1999. – Т. 3. – С. 9-36.
3. Чернецова, Г.С. Урологии / Г.С. Чернецова, Г.А. Пугачев, А.Ч. Усупбаев и др. - Бишкек, 2009. - С. 598-606.
4. Никитин, А.И. Факторы среды и репродуктивная система человека / А.И. Никитин // Морфология. – 1998. – Т. 6. – С. 7-16.
5. Acacio, B.D. Sperm counts in Southern l are stable evaluation of a large cohort of men presenting for a screening semen analys / B.D. Acacio, S.T. Gottfried, R. Israel // Fertil. Steril. – 1999. – Vol. 71. – P. 19.
6. Gahlay, G.K. Primate recombinant zonapellucida to protein expressed in Escherichia coli bind to spermatozoa / G.K. Gahlay, N. Spivastava, C.K. Govino // J. ReprodImmunol. - 2002. - Vol. 53. - S. 67-77.
7. Nicopoulllos, J.D.M. Use of surgical sperm retrieval in azoospermic men a meta-analysis / J.D.M. Nicopoulllos, C. Gillin-Smith, P.A. Almeida // FertilSteril. – 2004. – Vol. 82. – P. 691-700.

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ

ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК

Б.А. Алыкешова, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Некоторые языки так тесно сплетаются друг с другом, что, даже не зная одного языка, можно понять его с помощью другой. А в английском языке эта тема особенно актуальна и важна. Живой язык постоянно изменяется и развивается, поэтому и изучение его представляется столь интересным и занимательным.

Латинский язык во многом повлиял на английский язык. Благодаря заимствованиям английский язык существенно поменял свою структуру. В английском языке появилось много иноязычных словарных единиц, особенно слов, заимствованных с латинского и греческого языков. Многие части заимствованных слов постепенно прижились в английском языке и стали использоваться повсеместно. Ученые подсчитали, что из 20000 наиболее употребительных слов английского языка более половины около 12400 латинского происхождения, около 2200 - греческого происхождения, и только 5400 - англосаксонского.

Современный словарный запас английского языка менялся и дополнялся на протяжении многих веков и сейчас имеет в своем запасе большое количество слов, которые также оказали неоднозначное влияние на формирование его лексики. Несмотря на это, английский язык не превратился в некоего «гибрида» и никоим образом не потерял свою самобытность.

Некоторые греческие и латинские корни в современных английских словах *audio* - лат. слушать: *auditorium, audience*. *bios* - греч. жизнь: *biology, biography*; *centum* - лат. сто: *cent, century, centenary*; *demos* - народ: *democracy, demography*; *grapho* - греч. писать: *graphic, phonograph, autograph* - автограф; *homos* - греч. одинаковый: *homonym, homophone*; *lexis* - греч. слово; *lexicon* - греч. словарь: *lexicology, lexicography*. Также выражение «*et cetera*» (*etc.*), сокращения *a.m* (*ante meridiem*) – до полудня и *p.m* (*post meridiem*) – после полудня.

Также латинский язык наряду с древнегреческим с давних пор до настоящего времени служит источником для образования международной общественно-политической и научной терминологии. Это касается и медицинской терминологии, латинские заимствования широко распространены во всех отраслях медицины.

Некоторые примеры слов латинского заимствования в медицинской терминологии современного английского языка.

латинский язык	английский язык	перевод
abdōmen	abdomen	живот
arterīa	artery	артерия
articulāris	articular	суставной
cellula	cell	клетка
dentalis	dental	зубной
dosis	dose	доза
facies	face	лицо
frontalis	frontal	лобный
lateralis	lateral	латеральный, боковой
medicina	medicine	медицина
pelvis	pelvis	таз
pilula	pill	пилюля
penicillinum	penicillin	пенициллин
sensus	sense	чувство
syndromum	syndrome	синдром
vena	vein	вена

Латинские заимствования продолжают активно ассимилироваться, они меняют свое звучание, написание и семантику, подстраиваясь под современный английский язык. Многие из латинских заимствований принадлежат к так называемой, интернациональной лексике, т.е. повторяются в языках многих народов, объединенных между собой общими чертами культурного и общественного развития. В английский язык латинские заимствования пришли двумя путями: устным, то есть благодаря живому общению двух разноязычных народов и книжным, то есть заимствование чужих слов из иноязычных текстов при переводе этих текстов на родной язык. Эти слова также были введены с латинского в английский: animal - животное, formula- формула, maximum- максимум, minimum- минимум, veto- вето и др.

С появлением протестантизма в Англии богослужение и церковные книги были переведены на английский язык, начались попытки перевести с латыни научную литературу.

В принципе осуществить перевод в то время было невозможно: недавно образовавшийся язык совершенно не обладал научной терминологией. Некоторые языковеды настаивали на своем варианте выхода из этой тупиковой ситуации: они предлагали воспроизвести латинские слова по-английски и дать толкование на родном языке. Но этот вопрос оказался крайне спорным, и решение было найдено только к концу XVI века, времени расцвета эпохи Возрождения в Европе. В эпоху Возрождения складывались нации Западной Европы, и как следствие – остро встал вопрос национального языка. Необходимость писать научные труды на родном

языке понимали многие, но их пожелания часто сталкивались с людьми, не желавшими допустить в науку и религию других. Латинский язык служил в качестве разговорного языка среди учёных, духовенства, юристов, врачей и т.д. Часть английских латинизмов переходила в широкое употребление со страниц ученых трактатов, официальных документов, художественной литературы и просачивалась в английскую речь людей, которые часто пользовались латинским языком. Латинский язык был тут своеобразным замком, и поэтому каждый, кто считал себя образованным человеком, вынужден был владеть им в совершенстве. Великие открытия далеких морских стран требовали изучения астрономии, языков, флоры и фауны исследуемых территорий. Изучить это все без знания латинского языка было невозможно. В скором времени появились путеводители по разным странам, которые были написаны на родном языке. Латинским словам там придавали английский окрас – таким путем латынь стала вживаться в национальный язык Англии. Заимствование слов из латинского и греческого языков может

быть *полным*: abdomen – abdomen – живот, apex – apex – верхушка; bronchus – bronchus – бронх, cerebellum – cerebellum – мозжечок, retina – retina – сетчатка, papilla – papilla – зрачок, pancreas – pancreas – поджелудочная железа, pelvis – pelvis – таз, tympanum – tympanum – барабан, vertebra – vertebra – позвонок, vomer – vomer – сошник и т.д.;

или *частичным*: путем выпадения окончания: canalis – canal – канал, columna – column – столб, vitaminum – vitamin – витамин, processus – process – отросток, persona – person – личность, человек; musculus – muscle – мышца и т.д.;

путем *замены окончания и замены буквы в корне слова*: basis – base – основание, therapia – therapy – терапия, curo – cure – лечить, memoria – memory – память, воспоминание, pars – part – часть, vestibulum – vestibule – преддверие, cartilago – cartilage – хрящ, cavitas – cavity – полость, cura – care – забота, spina – spine – ость, substantia – substance – вещество, sutura – suture – шов, tabuleta – tablet – таблетка, febris – fever – лихорадка и т.д.;

путем *добавления окончания* (суффикса), принятого в английском языке: impression – impression – вдавление, regio – region – область, solutio – solution – раствор, suspensio – suspension – суспензия, palpatio – palpation – пальпация, tendo – tendon – сухожилие, finis – finish – конец и т.д.

Кстати, заимствоваться может только написание слов, но не их значение.

Слова латинского заимствования, изменившие свое значение:

латинский язык английский язык

Recipe – возьми recipe – рецепт

doctor – учитель, наставник doctor – доктор, врач

В заключении хочется сказать, что английский язык в целом не пострадал от большого притока иноязычных элементов, а наоборот, его словарный состав, несомненно, обогатился. Он усвоил иноязычные

элементы, впитав в себя в процессе развития все ценное и нужное, отбросив все случайное.

Литература

1. Чернявский, М.Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии / М.Н. Чернявский. - М., 1989. – 260 с.
2. Нечай, М.Н. Латинский язык / М.Н. Нечай, Е.В. Баталова. – М., 2002. – 143 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ КУРСА «ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК И ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ»

Т.В. Кожина, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Обучение в современном медицинском вузе предъявляет к студенту очень высокие требования: усвоение большого объёма разнохарактерных знаний – от строения ядра и генетического кода до тонкостей происхождения и лечения злокачественных новообразований, овладение множеством разнообразных умений – от обычного осмотра до пользования сложной электронной аппаратурой. Естественно, что основное внимание при этом должно быть направлено на повышение качества профессиональной подготовки, всемерное развитие творческих способностей будущих специалистов.

Одной из первостепенных задач в решении данного вопроса является совершенствование форм и методов самостоятельной работы студентов (СРС), которая играет ведущую роль в развитии их познавательных способностей, готовности к самообразованию, способствует развитию творческих навыков, инициативы, умению организовывать своё время.

Что же входит в понятие «самостоятельная работа студентов»? Почему даже в понимании сущности СРС нет единого мнения? Одни считают самостоятельной только активную творческую работу студента, в основе которой лежат его «самостоятельность, потребность и умение самостоятельно мыслить, способность ориентироваться в новой ситуации, самому видеть вопрос, задачу и найти подход к их решению». Такое понимание приближает самостоятельную работу к творческой, и, по мнению некоторых исследователей, сужает границы понятия.

В самостоятельную работу включают и исполнительскую деятельность студента, относя сюда не только домашнюю самоподготовку по расширению и закреплению знаний, но и всю совокупность его занятий, в том числе умение слушать лекцию, писать конспект и т.п. Такой подход чрезмерно расширяет границы понятия.

Конечно, если исходить из совершенно верного утверждения, что знания и умения – это не физические вещи, которые можно передавать из

рук в руки или «переливать» из головы в голову, а результат деятельности мозга человека, что усвоение знаний и развитие способности мыслить, хотя и взаимосвязаны, но автоматически не совпадают, что умение мыслить нельзя «вдолбить» в виде суммы знаний, правил, рецептов, алгоритмов, что они могут возникнуть в голове человека только в результате его собственной деятельности, то указанная точка зрения правомерна. В таком случае любая деятельность студента, при которой происходит усвоение знаний и умений, является самостоятельной работой.

Но тогда не стоит «огород городить» и выделять ее как отдельную форму учебной деятельности. Нам представляется, что заучивание готовых ответов, найденных человечеством, освещенных в учебниках, постоянное повторение уже известного калечит интеллект. Заученные положения становятся для мысли чем-то вроде рельсов для поезда. Мысль привыкает двигаться только по ним и боится оступиться. Не случайно поэтому немецкий писатель Б.Брехт сказал, что «человек, для которого дважды два равняется четырем, и это само собой разумеется, никогда не станет великим математиком».

А как же все-таки научить мыслить? На наш взгляд, начинать надо с организации самостоятельной работы. Но где же граница между самостоятельной работой, домашней самоподготовкой к занятию и той долей самостоятельности, которая необходима в процессе аудиторного обучения, проводимого преподавателем?

Рассмотрим направление СРС в курсе латинского языка, которая определяется задачами и требованиями, продиктованными действующей учебной программой.

Нам представляется, что самостоятельная работа – это не просто самостоятельность студентов в усвоении учебного материала, а организованная система обучения под руководством преподавателя. Поэтому педагог, помимо передачи знаний, выступает и как организатор работы студентов, и как консультант по их самообразованию, т.е. он обязан включаться в управление СРС от начальной работы над усвоением материала до его полного овладения, поскольку успешное достижение поставленной цели в значительной степени будет зависеть от того, как студент сумеет организовать свою самостоятельную работу.

Вошедшая в привычку, правильно организованная и систематически осуществляемая самостоятельная работа над книгой является необходимым условием успешной учебы. Студенту-первокурснику, не обладающему еще опытом учебы в вузе, чаще всего не сразу удается найти такие формы организации умственного труда, которые бы обеспечили наибольшую эффективность и хорошее качество самостоятельной работы. Разумеется, что у каждого учащегося за период пребывания в школе складываются определенные привычки, навыки, приемы работы над учебником. Однако, во-первых они не всегда совершенны, а, во-вторых, недостаточны для

применения в высшей школе, где требуется углубленная работа над весьма обширным и сложным учебным материалом.

В управлении самостоятельной работы можно отметить три стороны: организационную, методическую и контрольную. Эти положения и особенности самостоятельной работы реализуются в следующих сферах деятельности преподавателя латинского языка: 1) вне учебного процесса: а) учебно-исследовательская работа студентов (УИРС), б) викторина; 2) во время учебного процесса (в аудитории).

Рассмотрим метод самостоятельной работы вне учебного процесса, и, в частности, как правильно готовиться к занятиям, т.е. выполнять домашнее задание.

Первостепенное значение для этого имеет умение грамотно и экономно использовать ресурсы времени, чему необходимо научить студента-первокурсника. В идеале, для этого необходимо составить тщательно продуманное расписание работы над каждым предметом. При этом возможны в основном два принципиально разных подхода к распределению занятий по времени. При первом, наиболее простом способе расписание самостоятельных работ тесно увязывается с расписанием лекций и практических занятий в вузе, во всём подчиняясь ему, так что студент ежедневно готовится именно по тем предметам, которые предусмотрены расписанием на следующий день.

При всей заманчивой простоте такого решения оно далеко не всегда правильно, так как нагрузка может оказаться распределенной неравномерно. В результате в одни дни студент будет перегружен, а в другие, наоборот, не загружен. Последствия такой неравномерности наблюдаются в те дни, когда, в соответствии с расписанием, в один и тот же день студенту надо готовиться по нескольким предметам, например, по анатомии, химии, латыни и т.п. (к сожалению, подобные совпадения в расписании не исключены).

Второй подход заключается в равномерном распределении нагрузки на все дни недели, когда учитываются сначала все свободные ресурсы времени на неделю и распределяются по предметам с учетом трудоемкости каждого из них.

Проведенный опрос среди студентов нашего факультета показал, что наиболее трудным и требующим наибольших затрат времени (30%) предметом является анатомия. За ней следуют химия (около 16%), физика (около 15%), латинский (около 12%), биология (около 8%), математика (около 10%) и иностранный язык (5–9%). Тот же опрос выявил, что большинство студентов 1 курса может выделить для самостоятельной подготовки около 6 часов в день, что составляет за неделю около 40 час. При указанном выше процентном соотношении на изучение анатомии нужно выделять еженедельно 14 часов, на химию, физику – по 6 часов, латинский язык – 5, биологию – 3, математику – 4 и иностранный язык – 2, что в итоге составит 40 часов.

Поскольку такой расклад составлен на основе среднестатистических данных (без учета индивидуальных особенностей студента), то, разумеется, каждый студент в зависимости от того, какой предмет ему дается легче, а какой труднее, вправе вносить в расписание соответствующие поправки, сохраняя в силе лишь основной принцип распределения часов. Однако каким бы ни было составленное студентом расписание, необходимо всегда учитывать некоторые общие положения, касающиеся порядка самостоятельной работы. Так, занятия рекомендуется начинать с материала средней трудности, затем браться за наиболее сложный материал, а самый лёгкий предмет оставлять на конец рабочего дня.

При организации самостоятельной работы на уроке преподавателю необходимо учитывать и индивидуальные способности, и дисциплинированность студентов. В отдельных случаях целесообразно бывает буквально посадить рядом с преподавателем студента. Но не для того, чтобы самому «разучивать» материал, а чтобы студент выработал усидчивость и для разъяснения наиболее трудных вопросов.

Не менее важным звеном самостоятельной работы является и чётко налаженный контроль за её выполнением, который осуществляется преподавателем после ее выполнения студентами.

Контроль складывается из: 1) выборочной проверки; 2) в некоторых случаях формальной проверки выполнения заданий и т.п.

Кроме того, нами применяются разнообразные методы программированного индивидуального контроля: – по карточкам различной сложности и трудности заданий, с учётом степени подготовленности студента и овладения им материалом; – проверка усвоения материала хорошо успевающими студентами у тех, кому этот материал дается трудно; – обобщение материала – объяснение его не преподавателем, а студентом.

Наряду с обычными учебными заданиями студенты выполняют и учебно-исследовательскую работу, которая помогает глубже понять и прочнее усвоить программный материал. Так, например, при обучении химической фармноменклатуры на 3–4 занятиях студенты делают сообщение на тему: «Как правильно учить и запоминать слова», «Этимология химических элементов», далее «Этимология лекарственных растений» и т.п.

Курс латинского языка, благодаря его терминологической направленности и связям изучаемых терминов с материальной культурой античного мира, открывает широкие возможности для УИРС. В зависимости от направленности и специфики исследовательской работы формы представления ее результатов могут быть разными: реферат, тезисы, статья, доклад на студенческой конференции.

Еще один вид организации самостоятельной работы, успешно прошедший испытанием временем – викторина по латинскому языку, в которой студенты охотно принимают участие. Она проводится в конце учебного года и охватывает материал всего курса, позволяя сочетать

обучение, контроль и коррекцию знаний студентов с приемами логического и эмоционального воздействия. Задания викторины подобраны так, чтобы вызвать интерес и тем самым развить, активизировать творческие способности будущих врачей.

И, наконец, о методическом, собственно педагогическом аспекте управления самостоятельной работы. Прежде всего следует указать студенту не только «что» учить, но и «как» учить. Это можно делать устно, в конце очередного занятия. В настоящее время высказывается мнение о необходимости создания специальных пособий, методических указаний, рекомендаций и обучающих программ, которые предусматривали бы изложение вопросов организации СРС.

С целью рациональной организации самостоятельной работы нами издано учебное пособие: «Самостоятельная работа по латинскому языку для студентов - медиков», в котором при помощи алгоритмов и моделей излагается грамматический материал небольшими частями и дан ряд упражнений для его закрепления. Пособие может быть использовано как во время аудиторной самостоятельной работы, так и во внеаудиторное время, и если студент по какой-либо причине пропустил занятие, то он может воспользоваться этим пособием и полностью восполнить пробел. Таким образом, практика работы преподавателей латинского языка показывает, что необходим комплексный подход к организации самостоятельной работы, включающий все этапы их деятельности как в учебное, так и во внеурочное время. А это дает возможность улучшить качество обучения студентов по любому предмету, изучаемому в университете.

Литература

1. Михелькевич, В.Н. Самоуправляемая самостоятельная учебная деятельность студентов и условия обеспечения ее эффективности / В.Н. Михелькевич, Л.П. Овчинникова // Современные проблемы науки и образования, изд. «Академия Естествознания».

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕПОДАВАНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКОМ СЛАВЯНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Р.А. Курмашев, КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан

Методическое обеспечение учебного процесса, наряду с педагогическим мастерством, является краеугольным камнем эффективности преподавания. Разумеется, в вузе методическая составляющая должна быть на очень высоком уровне, служить примером и эталоном качества для среднего и начального образования. XXI век, с его бурным развитием аудиовизуальных технологий, несомненно ставит перед педагогами высшей школы новые задачи в совершенствовании

методической оснащенности учебного процесса. Современные студенты «продвинуты» в плане компьютерных технологий и хорошо знакомы с высококачественным мультимедийным контентом предлагаемым различными устройствами (компьютерами, планшетами, смартфонами, 3D видео и т.п.). Поэтому привычная для преподавателя, апробированная в течение многих лет наглядная составляющая учебного процесса (черная доска с кусками мела и тряпкой, таблицы и плакаты, чернильные самописцы, кимографы и кустарные модели) воспринимается ими как дремучий анахронизм. Как следствие, студенты теряют интерес к изучению предмета, воспринимая его как некое древнее застывшее «знание», потерявшее актуальность и злободневность.

Не секрет, что при традиционной методике преподавания фундаментальных медико-биологических дисциплин на практических занятиях постоянно проводилось воспроизведение экспериментов на животных, в результате которых они погибали в огромном количестве. 10 лет назад на постсоветском пространстве, во многом благодаря НКО ИнтерНИЧ возник новый тренд - гуманизация медицинского и биологического образования. Он подразумевает отказ от использования животных в экспериментах, причиняющих им вред. При этом ИнтерНИЧ предлагает практическую поддержку и помощь преподавателям в замене экспериментов на животных на разнообразные альтернативные современные методики.

Немаловажно, что с 2015 г. КРСУ перешел на преподавание дисциплин в соответствии с ФГОС 3+, в котором особое внимание уделено интерактивным методам и мультимедийным средствам обучения, существенно повышающим эффективность формирования компетенций у будущего специалиста.

Все эти тенденции развития методологии педагогического процесса не обошли стороной и кафедру нормальной физиологии КРСУ. В этой статье хотелось бы обобщить, что сделано нами в этой области за последние 10 лет на примере преподавания предмета «нормальная физиология».

Так, по разделу «Физиология крови», наряду с традиционными практическими работами, студентам демонстрируется фильм «Физиология крови» нашего собственного производства, который посвящен форменным элементам крови. Фрагмент из фильма, «Внутри человеческого тела» производства ВВС, посвященный участию разных форм лейкоцитов иммунитете, наглядно визуализирует информацию о функциях лейкоцитов. На занятии по антигенным свойствам крови демонстрируется фильм «Группы крови. Карл Ландштейнер» производства ФРГ и российский фильм «Медицинские технологии: служба крови» производства канала RTG. С помощью компьютерной симуляционной программы «PhysioEx 8.0» [3] студенты имеют возможность самостоятельно провести работы «Определение гематокрита», «Определение СОЭ», «Определение количества гемоглобина», «Определение групповой и резус-принадлежности крови».

Причем сделать это можно как на занятии, так и самостоятельно дома, скопировав и установив программу «PhysioEx 8.0» на свой персональный компьютер. Своеобразным итогом раздела является демонстрация советского фильма «Форменные элементы крови», охватывающего все изученные темы.

В разделе «Общая физиология возбудимых структур» все практические работы традиционно проводились на животных (лягушках). С 2010 г все острые опыты на лягушках были заменены фильмами собственного производства: «Раздражимость и возбудимость», «Опыты Гальвани и Маттеуччи», «Виды сокращений скелетных мышц», «Действие курареподобного вещества на нервно-мышечные синапсы». Кроме этого, для мультимедийной демонстрации ионного транспорта, механизма передачи возбуждения в синапсе и механизма мышечного сокращения используется диск «InteractivePhysiology» [2]. Изучить влияние разной частоты раздражения на сокращение скелетной мышцы студенты могут с помощью интерактивной программы «Виртуальная физиология» [1].

При изучении раздела физиология ЦНС демонстрируются видеоклипы собственного производства «Рецептивное поле спинномозгового рефлекса», «Определение времени спинномозгового рефлекса у лягушки» и «Анализ рефлекторной дуги». Опыт И.М. Сеченова по центральному торможению спинальных рефлексов студенты имеют возможность посмотреть на экране в фильме нашей кафедры, а так же самостоятельно провести с помощью компьютерного симулятора «Виртуальная физиология». Тонические рефлексы ствола головного мозга детально показаны в учебных фильмах собственного производства «Познотонические рефлексы у кролика» и «Тонические рефлексы ствола головного мозга кошки». При изучении физиологии анализаторов демонстрируются российские фильмы «Физиология слуха» и «Орган зрения». Кроме этого, в качестве материала для самоподготовки студентам предоставляется возможность во внеаудиторное время посмотреть фильмы из серии «Человеческое тело. Грани Возможного» (Дискавери, США): Зрение, Осязание, Человеческий мозг. А так же российские фильмы из серии «Пять чувств»: Зрение, Слух, Вкус, Обоняние, Осязание.

Наибольшее количество различных интерактивных и мультимедийных продуктов используется студентами при изучении раздела «Физиология кровообращения». Так, с применением лабораторного симулятора «PhysioEx 8.0» проводится практическая работа «Влияние различных химических веществ, ионов и температуры на сердечный ритм». Симулятор «Виртуальная физиология» позволяет моделировать эффекты воздействия электрической стимуляции и возбуждения блуждающего нерва на сердечную деятельность, виртуально провести опыт по наложению лигатур Станниуса, изучить воздействие различных гуморальных факторов на артериальное давление. Студенты также имеют возможность перед реальным измерением артериального давления друг на друге изучить

виртуально все этапы метода Короткова на симуляторе. Фильмография по данному разделу включает в себя фильмы: «Движение крови по сосудам», «Физиология сердца», «Автоматизм сердца», «Сердечный цикл», «Влияние веществ на изолированное сердце лягушки», «Фонокардиография», «Электрокардиография» (все российского производства); «Аускультация сердца» (США); «Экспериментальное доказательство автоматизма сердца лягушки», «Регистрация сокращений сердца лягушки», «Демонстрация работы клапанов на бычьем сердце» и «Опыт Клода Бернара» (все фильмы собственного производства).

Для визуализации материала раздела «Физиология дыхания, обмен веществ, терморегуляции и выделения» используются мультимедийные материалы программы InteractivePhysiology: «Легочная вентиляция», «Газообмен», «Транспорт газов кровью», «Гломерулярная фильтрация». Кроме этого демонстрируются фильмы российского производства: «Внешнее дыхание», «Регуляция дыхания», «Спирография», «Терморегуляция», «Гигиена питания» и «Выделительная функция почек». Интерес у студентов вызывает и фрагмент, из цикла фильмов «Внутри человеческого тела» (Великобритания), посвященный воздействию экстремальных температур на организм человека.

На практических занятиях по физиологии пищеварения демонстрируются фильмы «Операции на пищеварительном тракте» (Россия), «Как работает печень?» (TedEd, США), и видеофрагменты цикла фильмов «Внутри человеческого тела» (Великобритания) и пищеварении. Анатомия органов ЖКТ визуализируется с помощью мультимедийной программы InteractivePhysiology.

В разделе «Физиология высшей нервной деятельности» на практических занятиях демонстрируются российские фильмы «Условный рефлекс», «Память», «Мотивации и эмоции». Для внеаудиторного просмотра, в качестве самостоятельной работы, студентам рекомендуется просмотр фильмов производства BBC (Великобритания): «Инстинкт человека», «Разум человека», «Мозг. Тайны сознания» и «Характер», которые доступны в банке мультимедийных средств обучения на кафедре нормальной физиологии.

Таким образом, преподавателями кафедры нормальной физиологии КРСУ за 10 лет удалось сформировать большой банк современных аудиовизуальных и компьютерных средств обучения (20 фильмов собственного производства, 30 российских и более 20 зарубежных, 5 мультимедийных программных продуктов), внедрить их в повседневное использование на лекциях и практических занятиях. На кафедре организован небольшой кинозал для демонстрации фильмов и мультимедиа. 90% лекций читается с применением компьютерных презентаций. В дальнейшем, планируется оснастить компьютерным и проекционным оборудованием все учебные аудитории, чтобы каждый преподаватель смог использовать

презентации вместо традиционных плакатов не только на лекциях, но и на практических занятиях по нормальной физиологии.

Литература

1. Виртуальная физиология // InterNICHE. Монитор. Румыния. - 2010.
2. Interactive Physiology // Pearson Education. USA. - 2008.
3. PhysioEx 8.0 for Human Physiology. Laboratory Simulations in Physiology // Pearson Education. USA. - 2008.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ (БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД)

**Г.К. Садыбакасова, Д.С. Тен, А.С. Шушлебин, Б.В. Сотников,
КРСУ, г. Бишкек, Кыргызстан**

С 70-х годов XX века и до нынешнего дня нарастает информационный бум. Объём данных каждый год возрастает на тридцать процентов. Из-за лавинообразного увеличения потока информации люди хуже думают, хуже запоминают, хуже размышляют и хуже учатся. Сильно это сказывается на обучении в высших учебных заведениях, которые закладывают фундамент знаний будущего специалиста. Особенно для учащихся медицинского ВУЗа получать качественные знания очень важно, из-за большей, по сравнению с другими специальностями, цены ошибки. В таких условиях актуальны учебные пособия и дополнительные учебные материалы для студентов как компактный, сокращённый и наглядный источник информации, помогающий студентам сэкономить время и повысить эффективность обучения. Ведь гораздо удобнее брать полную, сокращённую информацию из одного источника. Ключевой момент бактериологического метода – правильно подобранные питательные среды, а именно: какие микробы на каких средах хорошо растут.

В бактериологической практике огромное значение имеет обеспечение микробов соответствующим питанием при культивировании их на искусственных питательных средах. Только при этом условии возможно всестороннее изучение микроорганизма, позволяющее точно установить его вид. Посевы на питательные среды производятся при установлении диагноза заболевания, для изготовления вакцин ит.д.

Цель работы – помочь студентам самостоятельно дифференцировать микроорганизмы на различных питательных средах.

Материалы и методы

При создании дополнительного материала использовались учебники по микробиологии и работы в области питательных сред, иллюстрации из специализированных интернет-ресурсов (атлас по основам клинической бактериологии и атлас по микробиологии и вирусологии), данные пособий зарубежных ВУЗов.

Результаты и обсуждение

Дополнительные учебные материалы открывают блок данных общего характера – требования к питательным средам и ряд классификаций: по консистенции, происхождению, составу и назначению. Далее идёт информация о каждой питательной среде: состав, примеры растущих на ней микроорганизмов и изменения в среде при росте микробов.

Описано 28 наиболее распространённых в микробиологической практике и важных для студента сред. В дополнительном материале более 50-ти иллюстраций – мы считаем это особенно важным, так как чтение текста редко адекватно передаёт зрительный образ, в отличие от иллюстрации, последняя же не обладает описательными характеристиками. Сочетание текст-иллюстрация позволит лучше усваивать информацию студентами. Ниже приведены фрагменты материала в виде сводных таблиц – таблица 1, 2, 3.

Таблица 1 - Кишечные инфекции

Микро- б Среда	Escherichia coli	Shigelladysenteriae	Salmonella typhi	Yersinia pestis	Klebsiellapneumoniae	Proteus vulgaris
МПА	Прозрачные серовато-голубые колонии	Мелкие полупрозрачные гладкие, блестящие колонии с ровными краями	Нежные, полупрозрачные, слегка выпуклые, серо-белого цвета блестящие колонии.	«Битое стекло» 8-12 ч, «Кружевные платочки» 18-20 ч,	Светлые, полупрозрачные колонии, с ровными гладкими краями диаметром 1,0-1,5 мм	Голубовато-дымчатая нежная вуаль, "роение" с образованием дочерних отростков.
МПБ	Значительное помутнение, пристеночное кольцо	Диффузное помутнение и придонный осадок	Равномерное помутнение	Рыхлые хлопья и «сталактитовый рост»	Равномерное помутнение, возможна слизистая плёнка на поверхности	Диффузное помутнение, густой белый осадок, нежная плёнка на поверхности
Жёлчный бульон	Среда обогащения		Среда обогащения			Среда обогащения
Селенитовый бульон		Среда обогащения	Среда обогащения			
Среда Мюллера			Среда обогащения			Среда обогащения
Среда	Малиново-	Крупные,	Бесцветные	Круглые,	Малиново-	Прозрачные,

Эндо	красные колонии с металлическим блеском	бесцветные или слегка розоватые прозрачные колонии	или слабо-розовые, выпуклые колонии	выпуклые, блестящие, бесцветные колонии с ровными краями и розоватым оттенком, 0,1-1,0 мм в диаметре	красные колонии с металлическим блеском	округлые, нероящиеся (на модифицированных средах). Вуалеобразный розовый налёт (немодифицированные)
Среда Плоскорева	Красные колонии с жёлтым оттенком	Полупрозрачные, сероватые колонии, 1,5-2,0 мм в диаметре	Круглые, нежные, гладкие бесцветные колонии, 1-2 мм в диаметре		Красные колонии с бежевым или жёлтым оттенком и металлическим блеском	Нежные блестящие колонии, пожелтение среды
Среда Левина	Тёмно-синие колонии с металлическим блеском	Неокрашенные колонии	Светло-фиолетовые колонии		Слизистые колонии синего-розового цвета	Нежный полупрозрачный налёт
Среда Расселя	Пожелтение всей среды с газообразованием	Пожелтение столбика и посинение скошенной части	Пожелтение столбика с образованием газа и посинение скошенной части		Пожелтение и разрыв всей среды	
Висмут-сульфит агар			Чёрные колонии с металлическим блеском			Зеленовато-коричневые и коричневые колонии с ровными краями без роев

Таблица 2 - Кокковые инфекции

Микроб Среда	Staphylococcus aureus	Streptococcus pyogenes	Streptococcus pneumoniae	Neisseria gonorrhoeae	Neisseria meningitidis
МПБ	Диффузное помутнение	Придонный рост, оставляя среду	Равномерное помутнение, возможен осадок		

		прозрачной			
Сывороточный агар			Колонии нежные, полупрозрачные и прозрачные	Мелкие блестящие колонии в виде капель	Нежные, слегка выпуклые, вязкой консистенции и полупрозрачные, голубоватые в проходящем свете колонии диаметром 0,5-1,0 мм, с ровным краем и гладкой поверхностью.
КА	Полный (β -гемолиз) или частичный (α -гемолиз) гемолиз	β -Гемолитические стрептококки – четкая зона гемолиза. α -гемолитические стрептококки – небольшая зеленоватая зона γ негемолитические, не изменяющие КА.	Мелкие, нежные, напоминающие росинки колонии, прозрачные в проходящем свете, с вдавленным центром и зоной неполного гемолиза зеленоватого оттенка	Гемолиза нет	Гемолиза нет
Асцит-агар		Мелкие серые колонии		Колонии диаметром 1—2 мм, напоминающие капельки росы	
ЖСА	Вокруг колоний образуется зона				

	помутнений с радужным венчиком, выделяется пигмент золотистого цвета				
Шоколадный агар			Нежные, полупрозрачные, чётко очерченные, колонии диаметром 0,4 - 0,6 мм. В зоне роста - позеленение питательной среды	Серые, полупрозрачные колонии, диаметром 1,0-1,5 мм	Полупрозрачные, выпуклые с ровными краями колонии, диаметром до 2 мм

Таблица 3 - Клостридии

Микроб Среда	Clostridium botulinum	Clostridium tetani	Clostridium perfringens	Clostridium histolyticum	Clostridium septicum	Clostridium novyi
Среды с кровью	Крупные колонии с корневидными отростками и зоной гемолиза	Нежный налет с периферическими отростками и зоной гемолиза	Серые, круглые колонии с зоной гемолиза	Мелкие, прозрачные колонии в виде "капелек росы"	Сплошной нежный налёт	Серые, губчатые колонии в виде спутанного клубка с отростками и зоной гемолиза
Среда Вильсона-Блера		Почернение среды	Почернение среды и разрывы	Нет изменений	Почернение среды и разрывы	Почернение среды
Среда Китта-Тароцци	Помутнение среды и газообразование. Иногда запах прогорклого масла	Помутнение среды, небольшое газообразование, выпадение осадка на 2-3 день, просветление среды, запах жжёного рога	Помутнение среды и газообразование	Равномерная муть без газообразования	Помутнение среды и газообразование через 2 суток образует осадок	Умеренное газообразование, небольшое помутнение, выпадение плёнок в осадок

АгарЦейс слера	Неправиль ной формы колонии, с отросткам и или тонкими нитевидны ми ответвлени ями; вокруг колоний зоны гемолиза	Круглые, бесцветны е или серые колонии с неровным и краями и зоной гемолиза	Серые крупные дисковидн ые колонии с зоной гемолиза	Серые крупные дисковидн ые колонии с зоной гемолиза	Сплошной нежный налет, окуженн ый зоной гемолиза	

Таким образом, авторы полагают, что внедрение данного дополнительного учебного материала в учебный процесс поспособствует улучшению усвояемости студентов по микробиологии.

Литература

1. Абдыкаримова, Т.А. Атлас по основам клинической бактериологии / Т.А. Абдыкаримова, А.Ж. Мырзакулова, А.М. Умуралиева и др. // Приказ МЗ КР №650 от 20.07.2017. ДГСЭН, Бишкек, 2018, - 52с.
2. Адамбеков, Б.К. Медицинская микробиология и вирусология / Б.К. Адамбеков, Ф.С. Мустафина, Г.Р. Бестужева и др. - Бишкек: КРСУ, 2016. – 330 с.
3. Борисов, Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология: 5-е изд., испр. / Л.Б.Борисов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2016. – 792 с.
4. Воробьёв, А.А. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология / А.А. Воробьёв. – М.: «Медицинское информационное агентство», 2012. – 704 с.
5. Есаулов, А.С. Бактериологический метод лабораторной диагностики: учебное пособие / А.С. Есаулов, Н.Н. Митрофанова, В.Л. Мельников. - Пенза: ПГУ, 2015 – 84 с.
6. Кисленко, В.Н. Практикум по ветеринарной микробиологии и иммунологии / В.Н. Кисленко. –М.: «КолосС», 2005. – 295 с.
7. Кольцов, И.П. Микробиология, вирусология: пособие для самостоятельной работы / Е.П. Когут, А.С. Соловьева, Н.В. Стрельникова и др. - Хабаровск: ГБОУ ВПО ДВГМУ, 2014. – 141 с.
8. Поздеев, О.К. Медицинская микробиология / О.К. Поздеев. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 765 с.
9. Поляк, М.С. Питательные среды для медицинской микробиологии / М.С. Поляк, В.И. Сухаревич, М.Э. Сухаревич. - Санкт-Петербург: НИЦФ, 2002. – 80 с.

10. Широбоков, В.П. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология / В.П. Широбоков. - Винница: «Нова Книга», 2015 – 866 с.
11. <http://www.microbiologyinpictures.com>
12. <http://www.himedialabs.ru>
13. <http://www.antchemistry.ru>

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Дж.О. Уркунчиева, КРСУ г. Бишкек, Кыргызстан

В современном мире человечество нуждается в общедоступном и общепонятном языке, который отвечал бы высокому уровню взаимопонимания между людьми. Таким языком является латынь, которая на протяжении многих веков несла человеку знание, а значит, свет. В течение тысячелетий классическая латынь пустила свои корни в самые разные области общественного сознания. Даже современный язык науки, техники, философии, музыки, юриспруденции изобилует латинскими словами и целыми выражениями, а в медицинской терминологии латынь во все времена имела и сейчас занимает исключительное место. Латинский язык не имеет державных границ и давно уже стоит над другими языками. В современном обществе он может быть полезен ученикам и учителям, политикам и бизнесменам, представителям научной и научно-технической интеллигенции, деятелям культуры и искусства, и просто любому человеку в его повседневной жизни.

Латынь продолжает оставаться важным культурным явлением современного мира. Без этого языка невозможно представить себе многие области человеческой деятельности. Латинские выражения и словосочетания, пословицы, изречения, цитаты на латыни или в переводе востребованы постоянно и сегодня, в XXI веке также интересны и необходимы, не только как древние мудрости, но и как идиоматические выражения, позволяющие глубже, отчетливее воспринять сущность получаемой информации. Они применяются в документах официальных международных организаций, в специальных науках, в терминологии медицины, ветеринарии, фармакологии, в речах адвоката. Их применяют и в художественной литературе, театре и кино. Люди часто используют латынь, даже сами не замечая этого. Многие латинские слова ассимилировались в современные языки и являются широко распространенными и общеупотребительными, а фразы на латыни уже давно стали крылатыми выражениями. Например, *Fortes fortuna juvat* - Смелым судьба помогает. *Non progredi est regredi* – Не идти вперед, значит идти назад. *Omnia mecum porto* – Все мое ношу с собой. Одной из дисциплин, имеющих большое значение при подготовке будущих специалистов в области медицины, несомненно, является латинский язык. Специальные

понятия на латинском языке студенты встречают с самых первых шагов в медицинской науке. Это, прежде всего, названия органов и частей тела, химических соединений и лекарственных препаратов, болезней и методов их лечения и т.д. Тот факт, что латынь до настоящего времени лежит в ее основе, придает особое значение ее изучению не только как языка, одной из древнейших культур, но и как языка необходимого в практической деятельности специалиста-медика. Латинский язык также помогает студентам лучше понимать и другие иностранные языки, лексика которых в значительной мере насыщена словами латинского происхождения, которые стали интернациональными, т.е. словами, совпадающими по своей внешней форме и частично или полностью по смыслу, и выражающими понятия международного характера. Латынь в медицине традиционно используется как международная терминология анатомии и фармакологии, а также при составлении рецептов. Знание латинского языка позволяет врачам разных стран без труда понимать друг друга. Латинский язык подарил миру огромное количество терминологии в различных сферах науки. Латинскими словами и выражениями богата не только медицина, но и биология, философия, юриспруденция. Современные кодексы биологической номенклатуры требуют, чтобы научные названия живых организмов были по форме латинскими, то есть были написаны буквами латинского алфавита и подчинялись правилам латинской грамматики. Латынь так или иначе все еще используется современными юристами. Все дело в том, что современная европейская теория права во многом основана на достижениях римских юристов, во всяком случае, в области гражданского, торгового, так же, как и семейного и наследственного права. В фармакологии лекарственные препараты и действующие вещества также именуются на латыни. В этой области унификация особенно важна, поскольку без единой системы наименования было бы невозможно ориентироваться в огромном количестве существующих и постоянно разрабатываемых новых лекарственных препаратов. Роль латыни важна в ботанике и зоологии. Название каждого животного и растения имеет сложное и научное наименование на латыни, позволяющее ученым, носителям разных языков четко понимать, о каком объекте живой природы идет речь, а также давать по образцу названия новым видам, открывающимся по сей день. В настоящее время латинский язык знаком почти всем людям своим алфавитом, поскольку изучается школьниками либо на уроках математики, либо на уроках иностранных языков, не говоря о том, что для многих языков латинский алфавит является родным, поэтому он является «алфавитом международного общения». Для языков с нелатинской письменностью существуют также системы записи латиницей – даже если иностранец и не знает правильного чтения, ему гораздо легче иметь дело со знакомыми латинскими буквами, чем с «китайской грамотой». Запись латиницей в ряде случаев диктуется техническими трудностями: международные телеграммы всегда писались латиницей; в электронной почте и на веб-форумах также часто можно

встретить запись русского языка латиницей из-за отсутствия поддержки кириллицы или из-за не совпадения кодировок. Латинский алфавит является фонетической основой для международной транскрипции всех иностранных языков. Помимо латинского алфавита большое распространение в мире получила римская система нумерации. Без знания римских цифр сегодня обойтись невозможно. Они используются для обозначения веков (XXI в.), на циферблатах часов (в том числе на курантах Спасской башни).

Латинский язык присутствует в нашей жизни неизменно. Часто мы сами не обращаем внимания на латинскую оболочку давно знакомых слов. Например, такие слова как роза, металл, план, а также многие другие являются латинскими. Все дело в том, что влияние латинского языка на другие произошло очень давно, поэтому эти слова нам такие родные и привычные. Из латинского языка пришло немало собственных личных имен: Антон, Валентин, Клавдия, Константин, Максим, Марина, Наталия, Роман, Сергей, Феликс и др. Современный юрист, произносящий словосочетания «нормативные акты или фиктивные документы» мог бы быть понят жителем Древнего Рима. Отнюдь не исконно русскими словами пользуется автомеханик, предложив проверить работу суппорта, реверса или измерить глубину протектора. А программист должен знать, что такие знакомые слова, как монитор, процессор, курсор, матрица пришли из латыни.

Многие великие люди оставили свои восторженные отзывы о латинском языке и отметили исключительную важность его изучения. Вот некоторые из этих высказываний. «Я заставил бы всех учить английский, а затем самых способных – учить латынь как честь, а греческий – как награду» - Уинстон Черчилль, английский политик XX века. «Что касается меня, я верю в грамматику, но я не узнала ее по-настоящему до тех пор, пока не познакомилась с латынью – и это был подарок, настоящий подарок» - Маргарет Тэтчер, экс премьер министр Великобритании. «Помню в школе я по-настоящему любил латынь. Я даже немного подсел на нее, все закончилось тем, что у меня появилась тяга к сочинительству» - Пол Маккартни, музыкант.

Изучение латинского языка благотворно влияет на любого человека, независимо от его профессии и призвания. Стройность латинской грамматики способствует развитию языковой логики, дисциплинирует наше языковое мышление. Знание этого прекрасного языка дает возможность понять исконное значение огромного количества слов в русском и изучаемом современном иностранном языке. В последнее время усиливаются тенденции к активизации латинского языка. Это движение получило название “*Latinitasviva*” (Живая латынь). Конгрессы живой латыни проходят во многих странах. В качестве примера можно назвать Германию, где создано общество “*SocietasLatina*”, центр которого располагается в Саарбрюкене. Это общество выпускает журнал “*VoxLatina*” с периодичностью 5 раз в год. Ежегодно в Германии проводятся так

называемые «Латинские недели в Аменебурге ». В Брюсселе с 1984 года выходит журнал на латинском языке «Melissa». Специальные журналы, посвященные живой латыни: «Latinitas» (Ватикан), «PalaestraLatina» (Авиньон), «OrbisLatinus» (Мендоса, Аргентина). Среди европейских стран особое распространение латынь имеет в Финляндии. Примером является то, что одна из радиостанций вещает на латинском языке и имеет свой сайт. В Германии появилась рок-группа «Ista», которая поет только на латинском языке, руководитель Клеменс Лидтке. Символичным является то, что гимн Евросоюза «HymnusLatinusEuropae» написан на латинском языке. Какой бы европейский язык не был выбран для гимна, другие страны чувствовали бы себя обделенными. Латинский язык стал объединяющим звеном «EstEuroparuncunita– Вот и стала Европа единой». В настоящее время латинский язык изучается во многих странах в качестве образовательной дисциплины: в Германии его изучают около 12,5% всех учащихся на протяжении 4-5 лет. Обязательным условием при поступлении в университет на многие специальности является « Latinum» - свидетельство об изучении латыни в школе. В Италии латынь является обязательным предметом в средней школе, почти треть школьников изучают ее на протяжении пяти лет. В Испании латынь является обязательным предметом для учащихся 11-12 классов, обучающихся в классах гуманитарного профиля. В Дании, Швеции, Австрии, Швейцарии, Венгрии, Болгарии, Румынии латинский язык изучается в гимназиях. В Греции латынь является обязательным предметом для тех учащихся, кто планирует поступать в гуманитарные вузы. То, что латинский язык будет жить и развиваться в соответствии с потребностями нашего времени, является непреложным фактом.

Язык – это не только средство общения, но и целая история. А история, как известно, не знает конца. Латинский язык оставил заметный след в истории мировой культуры. Сколько бы времени не прошло, вне всяких сомнений, этот след не исчезнет. Латинский язык был, есть и будет «бессмертной» частью мировой культуры и значимым аспектом в жизни как всего человечества, так и каждого индивидуума.

Литература

1. Боровский, Я.М. Латинский язык как международный язык науки / Я.М. Боровский. – М., 1999. – С. 125.
2. Культура Древнего Рима / учебник. – М., Просвещение, 1985. – С. 150-160.
3. [https:// studopedia.ru](https://studopedia.ru)
4. [https:// allbest.ru](https://allbest.ru)

СОДЕРЖАНИЕ

Абдумаликова И.А., Филипченко Е.Г. ПРИМЕРЫ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ФИЗИОЛОГИИ КРСУ	3
Ажиматова М.Р., Муратбекова У.М., Рахатбекова Н.Р. БЮДЖЕТ ВРЕМЕНИ СТУДЕНТОВ И ЕГО РОЛЬ В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА	8
Романова А.В., Джайлобаева К.А. ПОВЫШЕНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА КАФЕДРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН ЧЕРЕЗ РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ В НАУЧНУЮ РАБОТУ	11
Шахнабиева М., Джаныбаева А.К. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО ДАНЫМ НИИ ХИРУРГИИ СЕРДЦА И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ МИНЗДРАВА КР	14
<i>ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ</i>	
Абдулкадырова З.А., Джайлобаева К.А. ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ	21
Ахмедов М.К., Чернецова Г.С. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ НЕФРОУРЕТЕРО- ЛИТИАЗЕ	23
Балтабаев А.М., Балтабаева Л.М. ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА Д И ФЕРРИТИНА У ПАЦИЕНТОВ С ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ	27
Бердикулов У.Т., Чернецова Г.С. ВЛИЯНИЕ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ	30
Береговой А.А., Джолбунова З.К. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ	34

Бобушова Г.С., Мамасаидов Ж.А. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА - БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ (клинический случай)	41
Бобушова Г.С., Хонкелдиев Б.М., Четверикова Л.М. СОСТОЯНИЕ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	47
Богданов А.В., Дюшеналиев К.Б., Штраус М.А., Куликова А.А. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНТГЕНОВСКОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОВОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ	52
Давузов Р.Р., Кинванлун И.Г., Канкулиева М.К. САРКОПИЯ КАК КОМОРБИДНОСТЬ: ВОЗМОЖНОСТИ БИОИМПЕДАНСОМЕТРИИ (обзор литературы)	59
Даниярова А.Н., Омурзакова А.А., Ханкишиева Н.В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИШЕМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕГМЕНТА ST С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА	65
Жаанбаева А.К., Чалданбаева А.К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА СТУДЕНТОВ ЕСТЕСТВЕННО-НАУЧНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	71
Канатбекова А.К., Жээналиева Г.М., Абдикеримов М.М. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА «С» С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНГИБИТОРА ПОЛИМЕРАЗЫ	77
Кинванлун И.Г., Давузов Р.Р., Акулинина Л.В. ФАКТОРЫ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	81
Насыров М.В., Тулинова Е.В., Алиева М.А. ВЛИЯНИЕ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ НА ФУНКЦИЮ НЁБНЫХ МИНДАЛИН И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ	84
Сабодаха М.А., Садыбакасова Г.К. К ВОПРОСУ ИММУНОДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ	88

Токталиев Дж.Дж., Аильчинова М.А., Садырова А.Д. МИКРОСПОРИЯ	92
Толебаева А.А., Залесов А.С., Осинский Р.В. ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ВЛИЯНИЯ КАЛЬЯНО- КУРЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПИКФЛОУМЕТРИИ И ПУЛЬСОКСИМЕТРИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	101
Эшимбетова М.З. ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНА ЗРЕНИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	106
<i>АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ</i>	
Абдисалам у. Э., Чернецова Г.С., Алимов Ч.Б. АЯЛДАРДЫН СТРЕССТИК ЗААРАНЫ КАРМАЙ АЛБАЙ КАЛУУСУ	111
Алмерекоев А.Э., Махия Ю. С., Чернецова Г.С., Колесниченко И.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ (клинический случай)	119
Бестужева Г.Р., Садыбакасова Г.К., Машанло Т.Р., Абдулбакиев А.А. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА РОЛИ КОАГУЛАЗАНЕГАТИВНЫХ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ СТАФИЛОКОККОВ ПРИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	124
Кадыров М.С., Матеев М.А., Бебезов Б.Х., Субанов А.А. РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕОЖГОВЫХ СЯГИВАЮЩИХ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ	128
Мадаминев А.М., Мамбеткалиева З.С., Райымбекова П.Р., Уланова Б.У. К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРОЯ В СОЧЕТАНИИ С АНАЛЬНОЙ ТРЕЩИНОЙ	132
Мыкыев К.М., Султаналиева А.С., Орозоев У.Д., Нурмухамедов Т.Н. ПОСТВЕТРЯНОЧНАЯ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА У ДЕТЕЙ	136
Мырзабеков Ж.М., Чернецова Г.С. ОЦЕНКА УРОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	139

Нуралиев М. А., Мадаминова М.А., Асанова К.З.
ВРЕМЕННЫЕ И СТОЙКИЕ БЕСКАНЮЛЬНЫЕ ТРАХЕОСТОМИИ
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ 143

Нурманбетов Дж.Н.
ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ (обзор) 147

Таирова А.Д., Мыкыев К.М., Минбаев Ж.М.
МОДИФИКАЦИЯ СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЩЕГО НОГТЯ
У ДЕТЕЙ 154

Чернецова Г.С., Назаралиев М.Т.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОЧЕК (обзор литературы) 157

АКУШЕРСТВО, ГИНЕКОЛОГИЯ И ПЕДИАТРИЯ

Айбек к. Айзада, Сооданбекова А.С.
СТРУКТУРНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ЛИМФОБЛАСТНЫХ КЛЕТОК У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ 160

Асымбекова Г.У., Урнев А.И., Шотарбаев Е.Б.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕОТЛОЖНОГО ГЕМОДИАЛИЗА В
АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ 164

Джанузаков Н.Т., Атыканов А.О.
СОСТОЯНИЕ Фолликулярного резерва в результате
ЭЛЕКТРОСТИМУЛЯЦИИ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У
ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ 166

Исмаилов К.С., Асымбекова Г.У., Сарымсакова Т.А.
ОСЛОЖНЕНИЯ НЕЙРОАКСИАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В
АКУШЕРСТВЕ 169

Карыпбеков Б.С., Ибраимов Ш.А.
ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОЖОГОВОЙ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ 172

Мусабекова Т.О., Упаева А.Р.
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ
СИНДРОМА ВЕСТА 175

Мустапаева Ж.Ш., Усупбекова Ж.Ж., Мотушева Р.К.
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОФИЛИИ
«А» У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 179

Насирдинов Ф.Р., Боконбаева С.Дж., Джанабилова Г.А.
ЭТИОСТРУКТУРА ВЕНТИЛЯТОР-АССОЦИИРОВАННОЙ
ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ДО ДВУХ МЕСЯЦЕВ 184

Сарымсакова Т.А., Асымбекова А.Ш., Майрамбеков И.М.
ЗАВИСИМОСТЬ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ ОТ
ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА «D» 188

***МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ***

Абдисалам у.Э., Чернецова Г.С.
ВЛИЯНИЕ СТРЕССОВОГО НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ НА КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ ЖЕНЩИН 191

Абдылдаева С.О., Саралинова Г.М., Калужная О.А.
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКОГО СЛАВЯНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА 194

Айталиева Р., Буйлашев Т.С.
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ 5-7 КЛАССОВ
г. БИШКЕК 198

Акматов И.М., Ахметова М.И., Сапарбекова Ж.С., Хайбулинов Э.Р.
ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРАВОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКЕ 202

Асымбекова Г.У., Сарымсакова Т.А., Янко А.С.
ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА
ПРОЛОНГИРОВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ 205

Богатырева М.М., Харсанова А.С., Кучина Ю.С.
ВЛИЯНИЯ НАСВАЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА 209

Болбачан О.А., Ибраимова Д.Д., Канатбекова Г.К.
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ КРОВИ В
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 217

Борсокбаева С.С., Кудаярова М.Ж.
МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПИТАНИЯ
НАСЕЛЕНИЯ 222

Зарифьян А.Г., Бебинов Е.М., Щербак Л.В., Момунова Э.Д., Вейберов В.А. К ВОПРОСУ О ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМАХ АКАДЕМИКА П.К. АНОХИНА	225
Касымова Р.О. БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ИХ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСТАНА	229
Мамырбаева Т.Т., Саржанова К.С., Чернышева Е.А., Коротуненко Т.Л. СОСТОЯНИЕ ПИТАНИЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ	223
Минич Л.Н., Усупбекова Ж.Ж., Усупбекова К.Ж., Токтобекова А.Т. ВЛИЯНИЕ ДЕТСКОГО ТРУДА НА ФИЗИЧЕСКОЕ, НЕРВНО- ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ В Г. БИШКЕК	239
Наманов А.А., Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., Муканов Ж.Ж., Таирова А.Д. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЗМ	243
Орозбекова Б.Т., Азимова А.Б., Кубатово А. СТРУКТУРА ПОДРОСТКОВ ПО ГРУППАМ ЗДОРОВЬЯ И САМООЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ	247
Сабилов И.С., Каршина О.О., Акулинина Л.В. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА КРСУ	253
Сабодаха М.А., Бестужева Г.Р. ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ В ЮЖНЫХ ОБЛАСТЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	257
Темиров Н.М., Темирова В.Н., Сыдыков А.С., Розыева Р.С. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ЦЕНТРЕ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ЖАЛАЛ-АБАДСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ	262

Яншанло А.А., Чернецова Г.С. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН (обзор литературы)	271

ИННОВАЦИИ В ОБРАЗОВАНИИ

Алькешова Б.А. ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК	276

Кожина Т.В. ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ КУРСА «ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК И ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ»	279

Курмашев Р.А. ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРЕПОДАВАНИЯ НОРМАЛЬНОЙ ФИЗИОЛОГИИ В КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКОМ СЛАВЯНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	283

Садыбакасова Г.К., Тен Д.С., Шушлебин А.С., Сотников Б.В. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ НА ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ (БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД)	287

Уркунчиева Дж.О. ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	293

**ПРОБЛЕМЫ И ВЫЗОВЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ В XXI ВЕКЕ**

**Сборник статей республиканской научной конференции,
посвященной 25-летию медицинского факультета
Кыргызско-Российского Славянского университета**

(выпуск 19)

**Редактор – редакционная коллегия
Компьютерная верстка – Борисова И.Л.
Дизайн обложки – Алиев В.А.**

**Подписано к печати 07.06.2019 г. Формат 60х84 ¹/₁₆
Офсетная печать. Объем 19 печ. л.
Тираж 200 экз. Заказ ____.**

**Издательство КРСУ
Типографии ОсОО «Алтын принт»
720000, г. Бишкек, ул. Орозбекова, 44
Тел.: (+996 312) 62-13-10
e-mail: altyntamga@mail.ru**