НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ XXI ВЕКА

ISSN 1694-6340

№3, 2013

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
д.м.н., профессор Чубаков Т.Ч.

ЗАМ. ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА:
член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор Ашимов И.А.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ:
к.м.н. Чапыев М.Б.

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики

Лицензия на издательскую деятельность №1016

Кыргызская Республика, 720040, г.Бишкек, ул.Боконбаева 144а

Материалы научно-практической конференции молодых ученых КГМИПиПК

«Актуальные проблемы клинической медицины и общественного здравоохранения»

25 октября 2013 год

ЧЛЕНЫ РЕДКОЛЛЕГИИ:

Бокчубаев Э.Т. - д.м.н.
Джузенова Б.С. - д.м.н., профессор
Каратаев М.М. - д.м.н., профессор
Кожакматова Г.С. - д.м.н., профессор
Ниязов Б.С. - д.м.н., профессор
Намазбеков М.Н. - член-корр. НАН КР, д.м.н., профессор
Фейгин Г.А. - д.м.н., профессор
Токтомушев Ч.Т. - к.м.н., доцент

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Сагинбаева Д.З. (Бишкек)
Мамакеев М.М. (Бишкек)
Мамытов М.М. (Бишкек)
Мурзалиев А.М. (Бишкек)
Кудаяров Д.К. (Бишкек)
Сулайманов Ш. (Ош)

Решением Высшей Аттестационной Комиссии Кыргызской Республики (ВАК КР) научно-практический журнал «Медицинские кадры XXI века» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Кыргызской Республике, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученых степеней доктора и кандидата наук.

СПОНСОРЫ

- **TAKEDA**
- **ГЕДЕОН РИХТЕР**
- **ФО «СПИД Фонд Восток-Запад» в Кыргызстане**
- **Директор клиники ЦАДМИР, д.м.н., профессор Тобокалова С.Т.**
- **Курс дерматовенерологии**
- **Кафедра Восточной медицины**
- **Кафедра общей хирургии**
- **Специалист по лечению и уходу проекта ICAP – Акматова Б.А.**
- **Кафедра акушерства и гинекологии**
- **Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА 2008-2017 ГОДЫ

Тойматов С.Ш., Сагинбаева Д.З.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

В статье представлен обзор Программы развития экстренной медицинской помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы, направленной на улучшение качества экстренной медицины в условиях повседневной жизни и чрезвычайных ситуаций. Реализация данной программы позволит сократить человеческие потери, снизить инвалидность, улучшить взаимодействие сил и средств министерств и ведомств в условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф.

Ключевые слова: экстренная медицинская помощь, чрезвычайные ситуации, катастрофы, межведомственная система взаимодействия по организации оказания экстренной помощи.

Программа развития экстренной медицинской помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017годы разработана в соответствии с государственной политикой в области здравоохранения, определенной Национальной программой реформирования здравоохранения Кыргызской Республики «Манас таалими» на 2006-2010 гг., Концепции национальной безопасности Кыргызской Республики (2007г.). Программа направлена на улучшение качества оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях повседневной жизни, чрезвычайных ситуаций и катастроф.

Цель Программы – повышение эффективности и доступности услуг экстренной медицинской помощи населению в повседневной жизни, условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф на всех этапах ее оказания.

Задачи Программы:

- повышение эффективности и качества оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах путем внедрения единых технологических требований и стандартов, основанных на доказательной медицине, совершенствование системы мониторинга и управления службой экстренной медицинской помощи на всех уровнях;
- совершенствование организационной структуры службы экстренной медицинской помощи с внедрением принципов этапности, оказания услуг на догоспитальном и госпитальном этапах, а так же созданием консультативно-транспортной системы при оказании экстренной медицинской помощи;
- совершенствование нормативно-правовой, организационно-методической и материально-технической базы для развития экстренной медицинской помощи;
- формирование современных финансово-экономических механизмов и системы оплаты службы экстренной медицинской помощи;
- совершенствование системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;
- совершенствование системы связи и информационного обеспечения экстренной медицинской помощи;
- сохранение санитарно - эпидемиологического благополучия при возникновении чрезвычайных ситуаций;
- развитие и совершенствование межведомственной системы взаимодействия (МВД, МЧС, ГУБДД, МО, пожарная служба и др. министерства и ведомства) по организации оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях ЧС;
- формирование у населения навыков безопасного поведения при ЧС и ситуациях, требующих неотложной помощи.

Основные принципы:

1. Полная доступность для населения.
2. Оперативность в работе и своевременность помощи.
3. Полнота объема и высокая квалификация.
4. Обеспечение беспрепятственной госпи-

тализации в соответствующее ЛПО.

Приоритетные направления:

1. Совершенствование организационной структуры службы экстренной медицинской помощи с внедрением принципов этапности оказания медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах, разработкой объемов и стандартов услуг, основанных на доказательной медицине.
2. Создание консультативно - транспортной системы.
3. Пересмотр системы финансирования экстренной медицинской помощи.
4. Улучшение качества оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим путем повышения профессиональной подготовки и переподготовки, аттестации медицинских кадров, совершенствования последипломного непрерывного образования, аккредитации медицинских организаций независимо от форм собственности.
5. Создание системы мониторинга и оценки качества оказания экстренной медицинской помощи.
6. Совершенствование системы связи и информационного обеспечения экстренной медицинской помощи.
7. Сохранение санитарно- эпидемиологического благополучия при возникновении ЧС.
8. Развитие и совершенствование межведомственной системы взаимодействия (МВД, МЧС, ГУБДД, МО, пожарная служба и др. министерства и ведомства) по организации оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в условиях ЧС.
9. Формирование у населения навыков безопасного поведения при ЧС и ситуациях, требующих неотложной помощи.

Количество вызовов скорой медицинской помощи за последние годы увеличилось на 30%, а доля больных, госпитализированных в экстренном порядке, возросла в 3 раза. Большое количество пострадавших в ДТП, скоротечность развития неотложных состояний, обуславливающих высокую летальность и длительную утрату трудоспособности, а также увеличивающийся уровень инвалидизации в республике явились предпосылкой для разработки настоящей Программы.

Не снижается число экстренных случаев, угрожающих санитарно-эпидемиологическому благополучию населения. При этом наиболее часто встречающимися экстренными случаями являются вспышки инфекционных заболеваний, причинами которых являются аварии канализационных и водопроводных сетей, загрязнение открытых водоисточников, а также возможность возникновения радиационных аварийных ситуаций с радиоактивными источниками или радиоактивным материалом.

Кроме того, в настоящее время существенно выросло значение экстренной медицинской помощи, как одного из ведущих факторов национальной безопасности Кыргызской Республики. Рост числа и тяжести техногенных аварий и катастроф со значительными медико– санитарными потерями, усложнение внутри- и внешнеполитической обстановки в связи с ростом международного терроризма выдвигают дополнительные неотложные задачи по совершенствованию организации экстренной медицинской помощи в Кыргызской Республике.

Реализация данной Программы позволит в ближайшие сроки улучшить оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в повседневной жизни, условиях чрезвычайных ситуаций и катастроф. В то же время программа определяет основные направления деятельности в области оказания экстренной медицинской помощи в системе здравоохранения КР на ближайшие 5-10 лет.

При оказании экстренной медицинской помощи пострадавшим используют все виды медицинской помощи: первая медицинская помощь, доврачебная помощь, первая врачебная помощь, квалифицированная и специализированная.

В республике используется двухэтапная система оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим:

1-й этап - догоспитальный (внебольничный) на месте происшествия и пути следования в лечебное учреждение;

2-й этап - госпитальный.

1-й этап (догоспитальный или внебольничный) оказывают 1003 ФАПов, 688 ГСВ, 66 ЦСМ, 26 ЦОВП и 101 отделений скорой медицинской помощи, 2 станции скорой медицинской помощи (2012 г.)

Для улучшения доступности медицинской помощи сельскому населению, в т.ч. экстренной, с 2007г. отремонтировано 259, построено 54 ФАПа на общую сумму 21 млн. 215 тыс. сомов.

В рамках Национальной программы «Манас таалими» завершена поставка необходимого медицинского оборудования и инструментария для ФАПов на сумму 104,4 млн сомов, что позволит обеспечить оказание экстренной медицинской помощи на этом этапе.

В целях оказания своевременной экстренней медицинской помощи пострадавшим при ДТП на трассе Бишкек-Торугарт с 2007 года практикуется создание передвижного медицинского поста в Боомском ущелье с круглосуточным дежурством, а также организованы с 2009 года стационарные пункты экстренной медицинской помощи на трассах Бишкек –Ош в с. Токойлуу (Суусамырская долина) Жайылского района чуйской области, Бишкек- Талас в с.Талды-Булак Таласского района Таласской области и Ош-Иркештам в с. Сары-Таш Алайского района Ошской области.

2-й этап (госпитальный) оказывают 141 стационара на 25943 коек (2012 г.), в т.ч. национальные и научные центры, Национальный госпиталь, стационары районного (городского) уровня, областные больницы.

Экстренная медицинская помощь на догоспитальном уровне оказания (служба скорой медицинской помощи), в настоящее время представлена 2 самостоятельными станциями скорой медицинской помощи в гг. Бишкек, Ош и 101 отделениями скорой медицинской помощи Центров семейной медицины и Центров общеврачебной практики.

В 2012 г. служба укомплектована 102 врачебными общепрофильными (линейными), 88 специализированными- врачебными и 487 фельдшерскими бригадами. В составе специализированных бригад функционируют: кардиологические, интенсивной терапии и реанимации, психиатрические, неврологические, педиатрические, детские реанимационные, акушерско- гинекологические и др. Практически все специализированные бригады сосредоточены в г.Бишкек и г.Ош.

Общепрофильных (линейных) врачебных бригад в г.Бишкек - 80, Нарынской – 8, Иссыккульской - 12, Таласской и Баткенской областях - по 1, в Ошской и Чуйской областях функционируют только фельдшерские бригады.

На районном уровне в отделениях экстренной медицинской помощи функционирует в круглосуточном режиме 1, реже 2 фельдшерские бригады скорой помощи.

Отделение экстренной и плановой консультативной медицинской помощи (санавиация) Национального госпиталя является связующим звеном между медицинскими организациями отдаленных регионов и медицинскими организациями национального уровня. Основной функцией является транспортировка специалистов к пациенту, оказание консультативной помощи, при необходимости его госпитализацию в республиканские медицинские организации,

Ожидаемые результаты

- Сокращение человеческих потерь от неотложных, экстренных состояний, травм и поражений в условиях повседневной жизни, чрезвычайных ситуаций и катастроф, что предотвратит возможные осложнения заболеваний, снизит инвалидность и смертность населения.
- Повышение качества и эффективности службы экстренной медицинской помощи.
- Улучшение организационных основ взаимодействия сил и средств министерств и ведомств в условиях чрезвычайных ситуаций на всех уровнях, что позволит обеспечить эффективную работу медицинских формирований и учреждений, избежать дублирования в их деятельности, что в свою очередь, сократит материальные расходы на эти цели, позволит более рационально использовать имеющиеся человеческие, материальные и финансовые ресурсы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ Г. БИШКЕК

Бокчубаев Э.Т., Субанбаева Г.М., Шимеева А.С.

КГМИПиПК, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность и цель исследования.

Проблема повышения социального статуса врача носит глобальный характер. Выступая на пресс-конференции, посвященной Всемирному дню здоровья 7 апреля 2006 года, директор Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Марк Данзон заявил, что социальный статус врача – одна из главных проблем здравоохранения во всем мире. Работники здравоохранения заслуживают большего уважения за их неоценимый вклад в дело сохранения и улучшения жизни миллионов людей (1).

Медицинские кадры и, прежде всего, врачи являются самой значимой и наиболее ценной частью внутренних ресурсов лечебно-профилактических учреждений, именно они обеспечивают результативность их деятельности (2,4). Повышение статуса медицинских работников – одна из важнейших задач Национальной программы реформирования здравоохранения Кыргызстана «Ден соолук» на 2012-2017 гг.(3). Развитие отечественного кыргызского здравоохранения наряду с прочими характеристиками определяется изменением сути социального статуса врача в обществе и в самой системе. Эти отношения все в большей степени наполняются экономическими составляющими.

Работниками здравоохранения являются «все люди, занимающиеся деятельностью, основным предназначением которой является укрепление здоровья»(2).

Помимо классических определений, врач, как специалист помогающий при потере физического психического здоровья, принимающий роды и продлевающий жизнь, облегчающий страдания страждущих - в современный период выступает, в большей либо в меньшей степени, как производитель медицинских услуг и продавец своего труда и его результатов.

Врачи, как часть социального слоя интеллигенции, относятся к статусным группам, по М. Веберу, имеющим схожий стиль жизни, моральные ценности, общий язык и культуру(1). Эти общие черты подразумевают наличие внутренней солидарности и деятельности, предпринимаемой для защиты своих интересов и расширения социальных возможностей.

Современные исследователи рассматривают социальный статус как место или позицию индивида, соотносимое положением других людей; это место индивида в иерархически организованной общественной структуре, его объективная позиция в нем; это неисчерпаемый человеческий ресурс, дающий человеку возможность влиять на общество и получать посредством него привилегированные позиции в системе власти и распределения благ.

Материалы и методы исследования. В социологическом исследовании, проведенном в рамках НИР КГМИПиПК, утвержденного Министерством образования и науки Кыргызской Республики за период с 01.01. по 01.05. 2013г. участвовали 96 врачей городской больницы №1 и 67 врачей - Центра семейной медицины №7 г. Бишкек.

По данным исследования, врачи были распределены на следующие возрастные группы: 18 % респондентов в возрасте до 30 лет; 33,9% - в возрасте 30-39 лет; 30,3% - 40- 49 лет; 15,1% - 50-59 лет; старше 60 лет составляют 2,8% врачей.

Следует отметить, что в ЦСМ число женщин (82,7%) значительно превалирует над числом мужчин (17,3%), лишь в городской больнице удельный вес мужчин на 10,4% больше, чем женщин.

Распределение по должности определило, что 86,5% опрошенных являются врачами-ординаторами, 10% - заведующими отделениями и старшими врачами, 3,5%

- администраторами, главными врачами и заместителями главных врачей. Среди всех обследованных врачей оказалось 9 докторов и 17 кандидатов медицинских наук.

В опросе участвовали врачи всех основных специальностей, из них 20,3% приходится на долю терапевтов и узких специалистов терапевтического профиля; 13,2% - хирургов и узких специалистов хирургического профиля, 9% - акушер-гинекологов; 11,7% - педиатров; 30,5% - других узких лечебных специальностей; 15,4% - прочих специальностей.

Изучение распределения врачей специалистов основных профилей по типам лечебно-профилактических организаций показало, что большинство терапевтов (55,2%), педиатров (61,4%) и врачей прочих специальностей (39,5%) работают в амбулаторно-поликлинических организациях.

По-видимому, это связано с участковым принципом организации работы терапевтов, педиатров и характером работы врачей прочих специальностей, свойственным этому типу организаций (врач-лаборант, врач-УЗ-диагностики, эндоскопист, бактериолог, эпидемиолог, врач функциональной диагностики, патологоанатом, врач по санитарно-просветительной работе и т.д.). Основная часть хирургов (58,7%), акушер-гинекологов (49%) и врачей других узких лечебных специальностей (48,6%) сосредоточены в стационарах больниц.

В мировой практике социальный статус медицинских работников принято изучать на основе замеров ресурсов группы в следующих аспектах (социальные портреты): оздоровительном, экономическом, информационно-культурном и властно-силовом.

1.Оздоровительный аспект:

- оценка здоровья медицинского работника и их детерминирующих положительных и отрицательных факторов;
- оценка системы медицинского обслуживания медицинского работника;
- оценка места жительства медицинского работника;
- оценка места работы и эргономических условий медицинского работника.

2. Экономический аспект:

- оценка уровня профессиональной идеологии у медработника;
- оценка уровня удовлетворенности медработника своей профессиональной деятельностью;
- оценка уровня престижа профессиональной деятельности медработника в обществе;
- оценка уровня заработной платы;
- оценка уровня и качества оснащенности материально-технической базы учреждений (структурных подразделений), где работает медицинский работник.

3. Информационно- культурный аспект:

- оценка периодичности улучшения профессионального уровня, информированности и методов их повышения;
- оценка уровня политического, культурного, идеологического (кроме профессионального) видов информированности медицинского работника и их методов актуализации.

4. Властно-силовой аспект (определяет какие именно люди или группы смогут воплотить свои предпочтения в реальность социальной жизни):

- оценка степени доступа к ресурсам;
- оценка уровня автономии в принятии решений по определению процесса диагностики и лечения;
- уровень собственного участия врача в принятии управленческих решений, возможность планировать процесс работы, определять собственную рабочую ситуацию и т.д.;
- оценка возможности влиять на результат своего труда, а именно на объем социально-экономического вознаграждения: участие в утверждении положений об оплате труда, распределение материальной помощи, премий и т.д.
- оценка уровня трех категорий отношений власти у медицинских работников к окружающим (коллегам, пациентам и др.): принуждение, побуждение (мотивы) и убеждение;
- оценка степени двух крайних отрицательных отношений: самоуверенное и

высокомерное («медицинский империализм») у медицинского работника к окружающим лицам.

При этом фундаментальным методом оценки названных аспектов служит процесс анкетирования самих врачей. В нашем исследовании анкетирование проводилось на анонимной основе. Сама анкета, разработанная и утвержденная в КГМИПиПК, содержит 23 вопроса по оценке оздоровительного аспекта статуса врачей.

Необходимо отметить, что в данной статье нами представлены только первоначальные результаты данного исследования, а именно результаты по первому-оздоровительному аспекту, т.е. осуществлялась социологическая оценка здоровья, образа жизни и медицинской активности врачей. Это связано с тем, что оценка других аспектов социологического портрета наших респондентов будет продолжена и соответственно ее результаты будут представлены в следующих научных публикациях.

Результаты исследования. В ходе исследования нами были проанализированы самооценка врачами состояние своего здоровья, отношение к своему здоровью, а также оценка ими организации и использования лечебно-оздоровительных мероприятий с целью укрепления своего здоровья.

Так как исследованной профессиональной группой являлись врачи, умеющие грамотно оценить состояние своего здоровья, полученные данные полностью отражают объективное состояние их здоровья.

По результатам проведенного исследования (таблица 1), подавляющее большинство респондентов считает свое здоровье удовлетворительным (67,7%), как «хорошее» оценили 18%, «плохое» - *9,6%.*

Имелись колебания в оценках состояния здоровья врачей в зависимости от профиля врачебной специальности. Среди врачей, признавших свое здоровье хорошим высок удельный вес хирургов (30,1%), по сравнению с педиатрами удельный вес которых составил (6,3%). Соответственно мало было хирургов, оценивших свое здоровье плохим (4,9%), нежели педиатры, показатель которых, по этой позиции, оказался самым высоким (13,4%).

По сведению респондентов, более половины (60,4%) опрошенных, страдают хроническими заболеваниями. По наличию хронических заболеваний, особо отличаются педиатры (74,8%) и терапевты (71,5%).

По свидетельству врачей, структура выявленной хронической патологии следующая: заболевания желудочно-кишечного тракта (32,3%); мочеполовых' органов (16,2%); органов кровообращения (14,4%); дыхательных органов (11,7%); нервной и эндокринной систем (8,5%); опорно-двигательной системы (7,6%); ЛОР-органов (4,7%); глаз и его придатков (4,6%).

Таблица 1 - Оценка состояния здоровья врачами разных специальностей, *%*

Оценка состояния здоровья	Все врачи	Врачебные специальности					
		терапевты	хирурги	акушер-гинекологи	педиатры	врачи других узких лечебных специальностей	врачи прочих специальностей
Хорошо	18,0	15,8	30,1	11,2	6,3	20,5	18,6
Удовлетворительно	67,3	71,5	62,9	75,5	74,8	61,3	67,1
Плохо	9,6	9,0	4,9	8,2	13,4	10,0	11,4
Затрудняюсь ответить	5,1	3,6	2,1	5,1	5,5	8,2	3,0
Всего	100	100	100	100	100	100	100

Среди хронических заболеваний ведущими являются гастрит, бронхит, артериальная гипертензия, болезни сердца, аллергия, холецистит, панкреатит, гепатит, пиелонефрит и остеохондроз.

В плане удовлетворенности медицинским обслуживанием самих врачей и членов их семей, почти 3/4 общей массы респондентов (71,6%), высказалась за частичную удовлетворенность оказанной им медицинской помощью. При этом каждый пятый врач (19,3%) не удовлетворен или крайне не удовлетворен организацией и качеством медицинского обслуживания.

В основном не были удовлетворены организацией и качеством медицинского обслуживания врачи узких лечебных специальностей (23,3%), прочих специальностей (19,8%) и педиатры (17,3%).

Врачам было предложено выразить причины недовольства ими медицинского обслуживания. Как основную причину, по данным анкетирования половина опрошенных (50,7%) указала - высокие цены на лекарства. Затем названы дороговизна стационарного лечения (29,1%), низкая квалификация врачей (12,3%), нарушение этики врача, т.е. недобросовестность врачей и вымогательство подарков, денег (8%).

По данным опроса, 1/3 респондентов (33,3%) предпочитает, когда семья обслуживается одним (семейным) врачом и при необходимости получает консультации узких специалистов. Небольшое количество опрошенных (11,9%) утверждает об отсутствии необходимости постоянного закрепления врача за семьей. Мнение большинства респондентов (54,8%) сводится к тому, что каждый член семьи должен иметь право свободного выбора врача.

Владение медицинским знанием респондентов существенным образом влияет на отношение к своему здоровью. По результатам исследования, как основной способ борьбы в случае простудного или обострения хронического заболевания среди врачей, распространено - самолечение (33%).

Преимущественно пользуются услугами коллег по месту работы - 24,6% врачей, обращаются к врачу лишь тогда, когда считают целесообразным - *23,3%,* в случае заболевания только обращаются к врачу - 12,3% респондентов.

Сравнительно небольшая часть врачей (9,5%) получают квалифицированную медицинскую помощь в других медицинских организациях, т.к. учреждение в которой они работают не достаточно оснащено современной медицинской техникой и квалифицированными специалистами.

По-видимому, вышеуказанные данные свидетельствуют о распространенном среди медработников недостаточно серьезном отношении к своему здоровью.

Самолечение наиболее распространено среди акушеров-гинекологов (34,6%); педиатров (32,3%) и врачей прочих специальностей (30,4%).

На вопрос: «Как Вы относитесь к нетрадиционным методам лечения», 26,8% врачей ответили «отрицательно», подтверждая, что это не лечение, более 2/3 респондентов (69,8%) были согласны с тем, что в некоторых случаях это помогает. По мнению 3,4% врачей нетрадиционные методы лечения всегда помогают.

Респонденты указали, что основными факторами (таблица 2), оказывающими отрицательное воздействие на состояние их здоровья являются физическое, психоэмоциональное напряжение, которое испытывает на работе в той или иной степени каждый второй врач (48,4%), а также некачественное, нерегулярное питание (34,2%).

Далее указаны: плохие условия труда (18,6%), вредные привычки (13%), невозможность получить квалифицированную специализированную помощь (12,4%), конфликтная обстановка в коллективе, частые стрессы (9,5%), плохие жилищные условия (8,6%), частые ночные дежурства (6,1%), неблагоприятный психологический климат в семье (4,9%).

Другие причины, среди которых вредные условия работы, материальный недостаток, низкий жизненный уровень, вынужденная поза работы, экология, были названы 2,8% респондентами.

Анализ неблагоприятных факторов, по сведению врачей разных специальностей показал, что наличие физических и

психо-эмоциональных перегрузок педиатры отмечают чаще (62,2%), чем хирурги (55,2%). По частоте ночных дежурств, особенно выделяются показатели акушеров-гинекологов (13,3%) и хирургов (11,2%о), которые в 2 и более раз превышают показатели таковых врачей других профилей специальности.

На плохие условия труда в большей степени указали хирурги (27,3%) и терапевты (19,9%). По трем значимым позициям: плохие жилищные условия, некачественное и нерегулярное питание, физическое, психоэмоциональное напряжение на работе, превалировал удельный вес врачей-педиатров. Другие показатели специалистов довольно близки к средним показателям всех врачей.

По данным нашего исследования, 49,4% врачей предпочитают наблюдаться по месту работы, 6,8% респондентов обращаются к специалистам более квалифицированных медицинских организаций, обращение в ЦСМ по месту жительства составляет - 17,3%; а 26,5% респондентов - получают медицинскую помощь, где им удобно.

Таблица 2 - Факторы, оказывающие отрицательное воздействие на состояние здоровья врачей, %.

Перечень факторов	Все врачи	Врачебные специальности					
		Терапевты	Хирурги	Акушер-гинекологи	педиатры	Врачи др. узких специальностей	Врачи других специальностей
Плохие условия труда	18,6	19,9	27,3	15,3	15,0	16,3	18,6
Плохие жилищные условия	8,6	8,1	7,7	5,1	14,2	10,6	4,2
Некачественное и нерегулярное питание	34,2	34,8	33,6	35,7	44,1	32,9	28,1
Невозможность получить квалификационную специализированную помощь	12,4	12,2	4,2	11,2	11,0	13,9	18,6
Физическое, психоэмоциональное напряжение на работе	48,4	51,6	55,2	51,0	62,2	44,7	33,5
Частые ночные дежурства	6,1	5,4	11,2	13,3	5,5	4,5	1,8
Конфликтная обстановка в коллективе, частые стрессы	9,5	7,7	9,8	13,3	5,5	10,9	9,6
Вредные привычки	13,0	6,8	28,7	9,2	7,1	14,2	12,0
Неблагоприятный психологический климат в семье	4,9	5,9	1,4	6,1	6,3	5,1	4,2
Прочее	2,8	1,8	2,1	3,1	2,4	2,7	4,8

Учитывая, что здоровье медицинских работников в определенной мере зависит от организации ими отдыха, нами выяснены места проведения последних отпусков врачами (рис. 1): 63,4% врачей проводили свой отпуск по месту жительства (дома). Доступность проведения отпуска в домах отдыха и санаторно-курортных учреждениях невысока. За последний год путевки на санаторно-курортное лечение приобретали только 8,2% респондентов. В туристических поездках смогли побывать 4,5% врачей. Каждый пятый (17,4%) проводил отпуск в деревне, на даче. Другие (5,6%) использовали отпуск для ремонта квартиры, учебы, временной подработки и т.д.

Анализируя в целом состояние здоровья и медицинское обслуживание врачей,

можно отметить, что медицинские работники не являются здоровыми по сравнению с другими контингентами населения. Физические, психоэмоциональные напряжения на работе и нерегулярное, некачественное питание являются основными причинами широкого распространения среди них хронической патологии. К тому же формирование состояния здоровья медицинских работников и его оценка находятся под влиянием их профессиональных знаний, а нередко и навыков.

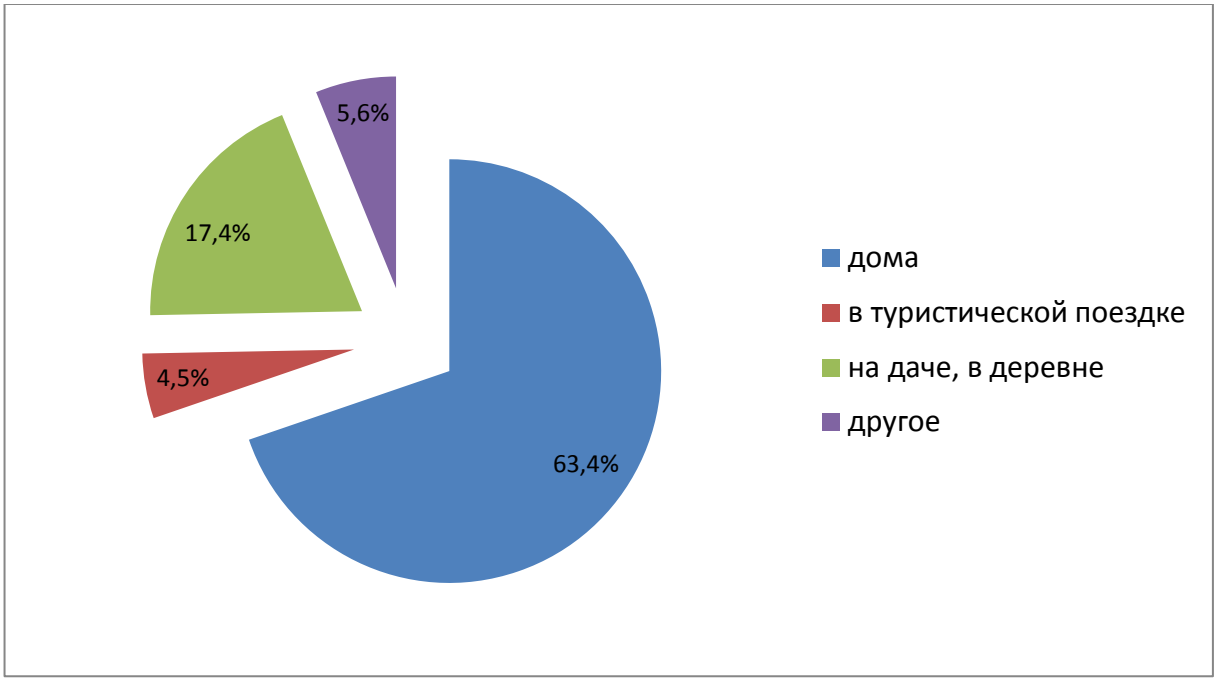


Рис. 1 Места отдыха врачей во время последних отпусков,%.

Таким образом, для решения вышеуказанных проблем, приводящих к снижению состояния здоровья врачей, должна быть предусмотрена система целенаправленных, научно-обоснованных мероприятий по охране здоровья и оптимизации условий профессиональной деятельности, рационализации режима труда и отдыха работников системы здравоохранения, снижению уровня заболеваемости, и, следовательно, повышению интенсивности труда лиц, занятых в этой отрасли народного хозяйства.

Литература

1. Добреньков В.И., Кравченко А.И. Социология: В 3 т. Т. 2: Социальная структура и стратификация. М.: ИНФРА-М, 2000. 536 с.
2. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе. // Социологические исследования. 2005 г. № 1.
3. Национальная программа реформирования здравоохранения Кыргызстана «Ден соолук на 2012-2016 гг.
4. «Национальный проект в сфере здравоохранения». Методические материалы.Министерство здравоохранения Свердловской области. Екатеринбург: Свердловский областной центр медицинской профилактики, 2006. 28 с.

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИСТАНЦИОННОГО МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Абдылдаев Т.Т.

КГМИПИПК

Введение. *Телемедицина* - прикладное направление медицинской науки, связанное с разработкой и применением на практике методов дистанционного оказания медицинской помощи и обмена специализированной информацией на базе использования современных телекоммуникационных технологий (2).

ВОЗ в 1997 году ввела несколько более широкое понятие — медицинская телематика, означающий деятельность, услуги и системы, связанные с оказанием медицинской помощи на расстоянии посредством информационно-коммуникационных технологий, направленные на содействие развитию здравоохранения, осуществление эпидемиологического надзора и предоставление медицинской помощи, а также обучение, управление и проведение научных исследований в области медицины.(9,10,11,12) Наибольшее развитие телемедицина получила в США, Канаде и Скандинавских странах, где имеются географически удаленные местности и высокие требования к оказанию медицинской помощи. Телемедицина может эффективно обеспечивать консультации и медицинскую помощь в сельских районах пациентам, для которых своевременность вмешательства является решающим фактором. Эта проблема является также актуальной и для нашей страны с ее расстояниями, слабой инфраструктурой удаленных территорий и плохими дорогами (2).Российский опыт в области телемедицины наиболее полно начал формироваться на фоне трагических событий, связанных с землетрясением в Армении 1988 года и взрывом газопровода в Уфе в июне 1989 года, и вылился в крупномасштабный международный проект "Телемедицинский космический мост". Он включал одновременную аудио-, видео- и факсимильную связь между зоной бедствия и 4 ведущими медицинскими центрами США. После железнодорожной катастрофы в Уфе, которая произошла в период работы системы в Армении, между больницей №21 г. Уфы, хирургической клиникой 1-го медицинского института и Ереванским диагностическим центром были установлены выделенные телефонные каналы, обеспечившие речевую связь и передачу покадрового ("slow scan") черно-белого видеоизображения. Подключение вновь созданной системы связи к работавшему телемосту позволило проводить консультации ожоговых, психиатрических и некоторых других групп пациентов между Уфой, Москвой и центрами в США. Консультация врачей из географически удаленных мест достигается:

1. Получением общемедицинской информации (литературные цитаты, обзоры, отчеты о клинических исследованиях).

2. Списки обсуждений (discussion lists). Письмо, направленное в список обсуждения, попадает каждому участнику, и на вопрос, заданный мировому сообществу профессионалов, можно получить массу полезной современной информации.

3. Видеоконференции с возможностями передачи графической информации и изображения больного например:

3.1. Телемедицинские консультации. Такие консультации проводятся в режиме онлайн с использованием каналов связи и видеоаппаратуры. Общение происходит непосредственно между специалистом и лечащим врачом, при необходимости также присутствует пациент. Такие консультации могут проходить как между двумя абонентами, так и между несколькими.

3.2. Проведение телемедицинских лекций, семинаров, конференций. При использовании видеоконференцсвязи у лекторов появляется возможность передать не только теоретические, но и практические знания, а также читать лекцию одновременно для слушателей из различных регионов. Телемедицина также позволяет транслировать ход операции в режиме он-лайн. Данная технология может использоваться также в целях «теленаставничества», когда более опытный врач может дистанционно контролировать действия своего менее опытного коллеги в режиме реального времени. 3.3. Телемедицинские системы динамического наблюдения. Данные системы используются для наблюдения за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями.

Эти же системы могут применяться на промышленных объектах для контроля состояния здоровья работников (например, операторов на атомных электростанциях). Многообещающим направлением развития дистанционного биомониторинга является интеграция датчиков в одежду, различные аксессуары, мобильные телефоны.(3)

К перспективным направлениям телемедицины относятся **телехирургия** и **дистанционное обследование**. Существенным является активное воздействие на организм пациента специалиста, находящегося на расстоянии. Развивается в настоящее время в двух направлениях: дистанционное управление медицинской диагностической аппаратурой и дистанционное проведение лечебных воздействий, хирургических операций на основе использования дистанционно управляемой робототехники. (3)

Актуальность проблемы. Внедрение телемедицины наиболее актуально в тех

государствах, где медицина все еще находится на низком уровне, а квалификация врачей недостаточно высока для оказания полного комплекса врачебной помощи. Использование телекоммуникаций в медицине позволит людям пользоваться последними достижениями в области здравоохранения, независимо от страны их проживания и уровня развития местной медицины. Помимо повышения качества медицинского обслуживания, телемедицина может стать способом существенно сократить расходы государственного бюджета на организацию и поддержание системы здравоохранения. (4)

Пациенты и врачи получили значительный выигрыш от дистанционных консультаций, поскольку они позволяют:

1.**Увеличить доступность медицинской помощи** - часто бывает трудно найти грамотного специалиста и попасть к нему на прием. Дистанционные консультации дают такую возможность.

2.**Повысить качество и продолжительность наблюдения пациентов.** Это особенно актуально для людей с хроническими заболеваниями (гипертоническая болезнь, повышение холестерина, ишемическая болезнь сердца, аритмии, сердечная недостаточность и многие другие). Проконтролировать электрокардиограмму и лабораторные анализы, скорректировать уровень давления и холестерина, ответить на все вопросы и вовремя направить на обследование - такие задачи решают врачи дистанционных медицинских консультаций.

3. **Сэкономить время пациента** - не надо записываться и приезжать на прием, ожидать в очередях. Использование мобильной связи позволяет получить консультацию в тот самый момент, когда это необходимо.

4. **Сэкономить средства пациента** - дистанционные консультации обходятся дешевле.

5. **Сместить фокус на профилактику заболеваний** - помимо диагностической и лечебной информации пациенты получают высококвалифицированную профилактическую помощь. Как известно, «профилактика - лучшее лечение».

6.**Повысить уровень жизни пациентов** - за счет всего вышеперечисленного, а также психологической поддержки, оказываемой специалистами телемедицины.

Помимо консультаций специалистов за рубежом предлагают услуги мониторинга электрокардиограммы, артериального давления, уровня кислорода в крови и других жизненно важных показателей. Для этого пациентам выдаются специальные приборы. Они настолько компактные и легкие, что вы можете носить их всегда с собой - на работе, на отдыхе, в пути. С помощью мобильного телефона можно переслать электрокардиограмму и другие показатели доктору - и получить врачебное заключение и рекомендации. Возможность прямого взаимодействия с высококвалифицированным врачом-специалистом является уникальной.*(1)*

Состояние телемедицины в Кыргызстане. В Советском Союзе и в том числе в Советской Социалистической Республике Кыргызстан особенно в период больших достижений в космонавтике были внедрены многие элементы телемедицины. В советский период космонавты готовились и проходили реабилитацию на озере Иссык-Куль и их состояние здоровья дистанционно мониторировали. Таким образом в Советской социалистической Республике Кыргызстан были внедрены многие элементы телемедицины с 1960-70гг. Например так-же передавались данные ЭКГ на расстояние с помощью отечественной аппаратуры для срочной расшифровки и постановки диагноза и назначения лечения. Но с распадом СССР эти достижения были утеряны. В настоящее время из опроса населения Иссык-Кульской области с большим интересом и поддержкой относится к возможности дистанционных консультаций. Но уровень компьютерной грамотности и финансовые возможности населения низкие. Возможности CD-ROM технологии могли бы оказать положительный результат, но отсутствие национальных ресурсов и слабый потенциал вычислительной техники в отечественных ЛПУ не способствует распространению этого опыта. Хотя и во многих организациях здраво-

охранения появились рентген аппараты, электрокардиограммы совмещенные с компьютером и имеющие возможность сразу передавать результаты через интернет. Почти во всех организациях здравоохранения имеются компьютеры, операторы, приходящие программисты, интернет. Отдельные бесплатные консультации специалистами республиканских, городских организаций здравоохранения периодически проводятся. Например за 2013 год проведено несколько дистанционных консультаций сложных больных с аллергическими заболеваниями на кафедре семейной медицины КГМИП и ПК. В национальном центре охраны матери и ребенка в отделении хирургии №1 проведено ряд дистанционных консультаций хирургических больных и т.д.. Принимались программы по внедрению дистанционных консультаций, но положительных опубликованных отчетов нет.

При дистанционных консультациях имеет место ряд проблем:

1. Врачи на местах не направляют документы больных.
2. Консультанты-врачи не заинтересованы в дистанционных консультациях.
3. Врачи, больные морально не готовы консультировать (ся) дистанционно и недостаточно осведомлены о информационно-компьютерных технологиях.

Одним из причин является отсутствие механизмов финансирования дистанционных консультаций и использование интернета, другого необходимого оборудования.

Мы обсуждали эти проблемы с консультантами и врачами центров семейной медицины г.Бишкек, г.Балыкчы. Многие врачи и зарубежный опыт(5,6,7,8,9,10,11, 12) предлагают:

- Создание отдельных структур, подобно Российским консультационным интернет кабинетам, в том числе частных.
- Разработка и принятие нормативно-правовых документов (в том числе концепции) регламентирующих юридическую ответственность и источники финансирования.

Для Кыргызстана на настоящем этапе подходящим был бы алгоритм дистанционного консультирования где юридически ответственным был бы лечащий врач предписывающий назначения, а рекомендации консультантов были бы рекомендательного характера. Ниже приводим алгоритм соответствующий имеющему законодательству для организаций здравоохранения Кыргызстана:

1. Лечащий врач отбирает больных для консультации узким специалистом и получает согласие больного на консилиум.
2. Связывается с узким специалистом, кратко информирует какие имеются жалобы, обследования, предварительный диагноз и договаривается какие необходимы дополнительные обследования.
3. Высылает выписку с амбулаторной карты (истории болезни) с результатами обследований (при необходимости видеосъемку осмотра).
4. После изучения выписки амбулаторной карты, узкий специалист назначает время консилиума.
5. На консилиуме лечащий врач и узкий специалист обговаривают план лечения. Согласовывают с больным. Консилиум проходит с помощью телефонной и интернет связи. *
6. Узкий специалист присылает заключение с рекомендациями лечащему врачу.
7. Юридически ответственность за лечение остается за лечащим врачом.
8. Консультации проводятся бесплатно.
9. Но за интернет связь и аренду использованного оборудования, другие накладные расходы больной оплачивает посреднической организации сам.
10. Посредническая организация: снимает помещение, нанимает врачей, операторов, программистов, получает лицензию; обеспечивает прием документов больных и отправку заключений консультантов.

Примечание:

*Предложенный формат существенно отличается от алгоритмов приведенных в литературе. Здесь предполагается, что юридически ответственен лечащий врач, а советы консультанта имеют рекомендательный характер. Консультация проходит в формате консилиума врачей, где назначения делает лечащий врач.

По данному алгоритму снят видеоролик.

Таким образом. Внедрение телемедицины повысит качество и доступность населения к медицинским услугам. Помимо повышения качества медицинского обслуживания, телемедицина может стать способом существенно сократить расходы государственного бюджета на организацию и поддержание системы здравоохранения. Отсутствие нормативно-правовых документов регламентирующих юридическую ответственность и источники финансирования тормозит развитие внедрения телемедицины в Кыргызстане.

Литература.

1. http://www.gnicpm.ru/1834/98176
2. http://medi.ru/doc/8180201.htm
3. http://voiplink.ru/products/ponatie-videoconferencii/vcs-in-medical.html
4. http://ntgk.ru/solutions/system-integration/remote-consulting
5.http://comitt.narod.ru/project/sbor/michailov.htm
6. С.В. Хрущев, С.Д. Поляков, А.М. Соболев Компьютерные технологии мониторинга физического здоровья школьников// В сб.: Физическое здоровье обучающихся и пути его совершенствования/ Под ред. А.Н. Тяпина. – М., Школная книга, 2005. С. 61-69.
7. А.Н. Тяпин, Ю.П. Пузырь Состояние физической подготовленности детей и обучающихся в учреждениях образования округов Москвы// В сб.: Физическое здоровье обучающихся и пути его совершенствования/ Под ред. А.Н. Тяпина. – М., Школная книга, 2005. С. 103-177.
8. Основы политики Российской Федерации в области науки и технологий на период до 2010 года и дальнейшую перспективу Постановление правительства РФ № 576 от 30 марта 2002 г.
9. http://traditio-ru.org/wiki/
10.Erik Hahn/Marcel Reuter, «Virtual doctor» — Ärztliche Beratung und Aufklärung via E-Mail, KU Gesundheitsmanagement 2011, Sonderheft IT im Krankenhaus, S. 26-29.
11. Stephan Metzger, Rechtliche Aspekte und Perspektiven der Telemedizin — Unter besonderer Betrachtung des Vertragsrechts, Helbing&Lichtenhahn, Basel 2009, ISBN 978-3-7190-2880-0
12.Richard Wootton, Nivritti G. Patil, Richard E. Scott, Kendall Ho.*Telehealth in the Developing World*, Royal Society of Medicine Press/IDRC, 2009, ISBN 978-1-85315-784-4 e-ISBN 978-1-55250-396-6, 324 S.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В г.БИШКЕК, г.БАЛЫКЧЫ, г.ЧОЛПОН-АТА

Абдылдаев Т.Т., Ашералиев М.Е., Болоцких И.В.

КГМИПиПК

Введение. Дистанционное обучение (ДО) — взаимодействие учителя и учащихся между собой на расстоянии, отражающее все присущие учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами Интернет-технологий или другими средствами, предусматривающими интерактивность.

Дистанционное обучение — это самостоятельная форма обучения, информационные технологии в дистанционном обучении являются ведущим средством.

Как правило, при дистанционном вузовском обучении от студентов не требуется всё время находиться в аудитории. В большинстве программ и курсов учебных заведений, реализующих дистанционное обучение, все же проходят очные занятия по вечерам или выходным. Эти занятия не обязательны для посещения, но, как правило, крайне полезны для выработки у учащихся практических навыков. Также в ряде учебных заведений используются короткие (одно-двухдневные) выездные школы, позволяющие собрать учащихся на выходных для групповой работы.

При дистанционном обучении могут использоваться разнообразные методы донесения учебной информации. Уже сменилось несколько поколений используемых технологий — от традиционных печатных изданий до самых современных компьютерных технологий (радио, телевидение, аудио/видеотрансляции, аудио/видеоконференции, E-learning/ online

Learning, интернет - конференции, интернет-трансляции).

Любое внедрение — это сложный процесс. Внедрение дистанционного образования — сложно вдвойне так как надо: а) морально подготовить профессорско-преподавательский состав к внедрению новых технологий; б) обучить медицинских работников, не владеющим компьютерной грамотностью новым информационным технологиям (MS Word, PP, Excel, IE); в) разработать базу внутривузовских нормативно-правовых и регламентирующих внедрение и проведение дистанционных курсов, иметь необходимое оборудование и решить задачу приобретения или разработки электронных курсов, по которым будет проходить обучение.(1,2.3,4,5,6,7)

Актуальность проблемы. В соответствии с решениями Министерства образования и науки в вузах Кыргызстана должна внедряться дистанционная форма обучения. Система дистанционного обучения уже действует в ряде центральных вузов г.Бишкек и г.Ош.

Сегодня мировая аудитория всевозможных электронных курсов составляет 100 млн человек. Одно из самых популярных направлений дистанционного обучения в мире — курсы иностранных языков.

В США, Канаде и Европейском союзе онлайн-репетиторы существуют уже более 10 лет. Самые известные компании, которые работают по такой бизнес-модели в США — www.tutor.com и www.tutorvista.com, они провели по 6—7 миллионов учебных сессий.

Количество пользователей сайтов для дистанционных репетиторов постоянно растет во всем мире. Так, TutorVista получает около 6 миллионов уникальных посетителей в месяц, а её бизнес растет со скоростью более 800 процентов в год. Перспективность онлайн-репетиторства как нового витка эволюции образовательных услуг подтверждают инвесторы. Так, TutorVista привлекла $38 млн венчурного капитала, а проект Tutor.com в конце прошлого года получил очередной грант — 1,5 миллиона долларов от Фонда Билла и Мелинды Гейтс.

Самый быстрорастущий рынок дистанционных образовательных услуг в мире — российский, он увеличивается на 23 % в год. Для становления и развития рынка онлайн-репетиторства в России созданы соответствующие условия: спрос на профессиональных репетиторов, стремление сократить затраты на их услуги, улучшение качества интернет-связи, сложности школьников при сдаче ЕГЭ и т. д. Примеры крупнейших национальных компаний, которые работают в сфере услуг онлайн-репетиторства для школьников и студентов: «Дистанционный репетитор» (www.dist-tutor.info)[1] и ресурс Tutoronline.ru (с 13.300 уроков) (8,9)

Дистанционное обучение позволяет:

- снизить затраты на проведение обучения (не требуется затрат на аренду помещений, поездок к месту учебы, как учащихся, так и преподавателей и т. п.);
- проводить обучение большого количества человек;
- повысить качество обучения за счет применения современных средств, объемных электронных библиотек и т. д.;
- создать единую образовательную среду (особенно актуально для корпоративного обучения).

Дистанционные образовательные технологии с использованием Интернета применяются как для освоения отдельных курсов повышения квалификации пользователей, так и для получения высшего образования. Можно выделить следующие основные формы дистанционного обучения: в режиме on-line и в режиме off-line. Обучение через интернет обладает рядом существенных преимуществ:

- Гибкость — обучающиеся могут получать образование в подходящее им время и в удобном месте.
- Дальнодействие — обучающиеся не ограничены расстоянием и могут учиться в независимости от места проживания.
- Экономичность — значительно сокращаются расходы на дальние поездки к месту обучения (1,2,3,4,5,6,7).
- Совмещение работы и учебы по выбранной специальности.
- Возможность выбирать любую ступень образования: первое высшее, второе высшее, магистратуру, MBA.
- Регулярное общение с преподавателями и получение квалифицированной он-лайн консультации.

- Гарантированное получение престижного, а главное, качественного образования по самым доступным ценам.
- Получение диплома, признанного во всем мире.
- Решение, каким будет темп обучения, так что если Вы захотите пройти курс в сжатые сроки или же, наоборот, решите сделать перерыв в занятиях, Вам достаточно будет лишь об этом сообщить.

Исследования различных авторов, внедрявших системы дистанционного обучения показывают. Результаты заключительных тестов групп, обучавшиеся в аудиторной и дистанционной форме практически не отличались (12).

Цель исследования. Внедрить форму дистанционного обучения приемлемую для массового обучения врачей в центрах семейной медицины.

Задачи исследования.

1. Оценить информационно-техническую базу центров семейной медицины необходимую для проведения дистанционного обучения.
2. Оценить компъютерную грамотность врачей в организациях здравоохранения.
3. Оценить наличие личного оборудования у врачей для организации дистанционного обучения.
4. Оценить уровень мотивации к обучению у врачей.
5. Оценить степень усвоения учебного материала курсантами при дистанционном обучении.

Научная новизна. Впервые сделана попытка массового внедрения дистанционного обучения в центрах семейной медицины г.Бишкека, г.Балыкчы, г.Чолпон-Ата.

Практическая ценность работы. Внедрение приемлемой формы дистанционного обучения в центрах семейной медицины позволит массово, быстро, дешево и эффективно обучать врачей на рабочем месте без отрыва от производства.

Материалы и методы обследования. Разработаны учебные программы для аудиторных занятий и дистанционного обучения по теме: «Бронхиальная астма у детей» продолжительностью 18 учебных часов. Далее курсантам предложено дистанционное обучение в нескольких вариантах.

1-вариант. Курсантам предложено индивидуально под руководством преподавателя изучать материал через интернет. Но в связи с отсутствием у большинства курсантов доступа к компьютерам и возможности оплатить интернет или с нестабильной работой интернета. Мы отказались от такой формы обучения для массового внедрения дистанционного обучения.

2-вариант. Для исключения влияния нестабильной работы интернета были сделаны учебные фильмы.

1. Сделаны слайды.
2. К слайдам сделаны комментарии в виде аудиозаписей с помощью стандартных программ установленных на компьютере.
3. Слайды и аудиозаписи совмещены с помощью программы Pinacle Studio 14.

Получены форматы аудиозаписей для прослушивания на телефонах, видеоплеерах и учебные фильмы для просмотра на компъютерах. В связи с отсутствием во многих организациях проекторов или компъютеров, сотовых телефонов с памятью для каждого курсанта мы также отказались от такой формы обучения.

3-вариант. Учебные фильмы были проконвертированы с помощью программы ConvertXtoDVD4 в DVD-формат для возможности просмотра с помощью видеоплеера на телевизоре. Оказалось у каждого курсанта, а также в организации здравоохранения имеется видеоплеер с телевизором. При этом в конце занятия или по мере необходимости оператор через интернет связь мог отправлять вопросы и принимать ответы преподавателя.

При этом выявилось, что курсантам тяжело воспринимать информацию со слайдов имеющих звуковое сопровождение. В связи с чем мы также отказались от этого варианта.

4-вариант. Учебные фильмы отсняты на аудиторном занятии, которые проводили преподаватели и включали видеозапись лекционного материала и диалоги с курсантами. Фильмы сняты в форматах для просмотра на телевизоре с помощью видеоплеера и дополнительно на компьютерах, со-

товых телефонах. Связь с преподавателем осуществлял оператор через интернет. С операторами компьютеров центров семейной медицины для чего отработаны сценарии проведения занятий и связи через интернет. Для индивидуальной связи с преподавателем всем врачам были открыты электронные почты для переписки и они были зарегистрированы в Skype, Mail.ru агенте.

Дистанционное обучение было проведено в ЦСМ №1 г.Бишкек, ЦСМ г.Чолпон-Ата, ЦСМ г.Балыкчы всего 81 курсантов. Аудиторское обучение проведено в ЦСМ №2-18 г.Бишкек всего 293 курсанта.

Результаты и обсуждение. За исключением отдельных (мелких) центров семейной медицины г.Бишкек, Балыкчы, Чолпон-Ата в данных организациях имелись компьютеры, операторы, приходящие программисты, интернет связь, телевизоры и видеоплееры. При этом нужно отметить, что интернет связь в данных организациях здравоохранения работает не стабильно.

В основном медицинские работники не пользуются интернетом, электронной почтой. Сотовые телефоны у большинства врачей не имеют памяти для записи и прослушивания лекций.

При обучении врачей на рабочем месте удается организовать учебные курсы в рамках национальной программы реформирования здравоохранения: «Ден соолук», которые являются актуальными и влияют на показатели заболеваемости и смертности населения. Когда руководство центра семейной медицины контролирует присутствие врачей на обучении, курсы проходят с хорошей посещаемостью и более организовано. Учитывая, что в г.Бишкек врачи намного чаще, по сравнению с врачами г.Балыкчы, г.Чолпон-Ата приглашаются на обучающиеся семинары и конференции, они более неохотно участвуют в обучении.

В основном врачи с большим удовольствием слушают новую информацию и в конце курса несколько расслабляются. Но по своей инициативе из-за сильной загруженности работой, массовых проверок и маленькой заработной плате не стремятся пройти обучающие курсы.

При оценке эффективности усвоения обучающего курса проведенного дистанционно и аудиторно (традиционно) достоверных различий не выявлено. Примерно степень усвоения по результатам тестов составляла от 80 до 100% в группах обучающих аудиторно и дистанционно.

Выводы.

1.Центры семейной медицины г.Бишкек, г.Балыкчы, г.Чолпон-Ата имеют все необходимое оснащение для проведения дистанционного обучения.

2.Врачи вышеуказанных центров не пользуются компьютерами, интернетом в своей повседневной работе.

3.У врачей нет в наличии компьютеров, доступа к интернету, мобильные телефоны без USB-флешек.

4.Врачи не имеют стимула к обучению из-за маленькой заработной плате при высокой нагрузке. Удается организовать семинары только в рамках национальной программы: «Ден соолук».

5. Степень усвоения курсантами учебного материала при дистанционном обучении составляет от 80% до 100% и достоверно не отличается от результатов аудиторного обучения.

Литература.

1. Электронный сайд: Httpru.wikipedia.org.ru
2. Ахаян А. А. Виртуальный педагогический вуз. Теория становления. — СПб.: Корифей, 2001. — 170 с.
3. Ахаян А. А. Виртуальный педагогический вуз. Теория становления. — СПб.: Корифей, 2001. — 170 с.
4. Зайченко Т. П. Основы дистанционного обучения: теоретико-практический базис : учебное пособие. — СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2004. — 167 с.
5. Зайченко Т. П. Инвариантная организационно-дидактическая система дистанционного обучения : монография. — СПб.: Астерион, 2004. — 188 с.
6. Иванченко Д. А. Системный анализ дистанционного обучения : монография. — М.: Союз, 2005. — 192 с.
7. Малитиков Е. М. Актуальные проблемы развития дистанционного образования в Российской Федерации и странах СНГ / Е. М. Малитиков, М. П. Карпенко, В. П. Колмогоров // Право и образование. — 2000. — № 1(2). — С.42-54.
8. «Термины и определения дистанционного обучения». Лаборатория дистанционного обучения Российской Академии образования. Архивировано из первоисточника 8 сентября 2012.
9. Электронный сайд http//ru.wikipedia.org/wiki
10. Андреев А.А. Введение в дистанционное обучение: учебно-методическое пособие. — М.: ВУ, 1997
11. Дистанционное обучение: учеб. пособие / под ред. Е.С.Полат. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 192 с.
12. Электронный сайд. Ra-kus.ru

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ СНГ

Бокчубаев Э.Т., Джемуратов К.А.

КГМИПиПК, Ассоциация больниц Кыргызской Республики

В статье дается оценка ВОЗ достижений национальных систем здравоохранения в мире и в странах СНГ, обосновывается необходимость ускорения темпов реформирования систем здравоохранения в странах Содружества, а также приводятся отличительные особенности систем здравоохранения в странах мира и СНГ.

Под системой здравоохранения понимается единое целое составляющих его элементов в их взаимосвязи и взаимообусловленности. Из этого следует, что каждая страна СНГ обладает своей собственной, индивидуальной системой здравоохранения. Экономическая модель здравоохранения - это общая схема здравоохранения, отражающая заложенные в ней принципы.

Принятие эффективных мер, направленных на совершенствование функционирования системы здравоохранения, основанное на накопленном опыте и примерах успешной работы в странах мира, способствует значительному сокращению заболеваемости и улучшению здоровья населения государств Содружеста.

В мире существуют разные модели систем здравоохранения, отличающиеся целями, ценностями, принципами и соотношением отдельных элементов. Наиболее распространенной является классификация по трем группам: преимущественно с государственной (национальной) системой здравоохранения; преимущественно с системой здравоохранения, основанной на принципах страховой медицины; преимущественно с частной системой.

Как известно, государственная система здравоохранения эффективно работает только при условии достаточных ресурсов. Вместе с тем система, основанная на принципах страховой медицины, существующая в большинстве европейских стран и охватывающая 70-100% населения, хорошо функционирует в условиях различного финансового обеспечения.

Главной целью любой модели системы здравоохранения, как и государства, и общества в целом, является обеспечение доступности и качества медицинской помощи или оказываемых медицинских услуг населению. В развитых странах мира организация системы здравоохранения рассматривается как одно из центральных направлений социальной политики государства, и расходы на здравоохранение в них составляют не менее 8-10% от ВВП. Лишь в двух странах мира затраты на здравоохранение превышают 15% от ВВП, а именно в США и Маршалловых островах. От 10 до 13% от ВВП выделяется на медицинскую отрасль в Швейцарии, Германии, Франции, Исландии, Сербии, Португалии. Средний показатель удельного веса расходов консолидированных бюджетов на здравоохранение составляет в мире 6,3% от ВВП, в Европе-6,7%.

На начало 2010 г. в странах Содружества (по данным Статкомитета СНГ) соотношение расходов бюджетов (консолидированных) на здравоохранение с ВВП (в процентах к ВВП) составило: в Азербайджане, Армении, Таджикистане - 1%, в Казахстане - 2%, в Кыргызстане - 3%, на Украине и в России - 4%, в Беларуси (2010г.) и Молдове -5%.

Необходимо отметить, что ВОЗом определен рекомендуемый размер расходов на охрану здоровья на уровне 5% от ВВП. При этом критической границей считается величина расходов в объеме 3% от ВВП, ниже которой система здравоохранения становится нежизнеспособной.

По данным «Мировой базы индикаторов развития», в России расходы на здравоохранение в расчете на одного жителя составляют 244,7 долл., в Беларуси -145,5 долл., на Украине - 80,7долл. Для сравнения можно привести следующие данные: в

США на одного жителя в год тратится на оказание медицинской помощи в целом свыше 6 тыс. долл., в Люксембурге - 5,9 тыс., Швейцарии - 5,6 тыс., Норвегии - 5 тыс., Монако - 5,3 тыс., Исландии - 4,4 тыс., Дании - 5,3 тыс., Австрии, Швеции и Германии по 3,6тыс.долл.

Как экономические возможности государства, так и реальные объемы финансирования медицинской сферы существенно влияют на состояние здоровья населения. Например, в рейтинге стран, обеспечивающих благоприятные условия для материнства, Беларусь занимает высокое 30 место, опережая Польшу, Россию, Украину и другие соседние государства. В Беларуси младенческая смертность самая низкая среди стран СНГ, ее показатель (в 2007 г. - 5,2 умерших в возрасте до 1 года на 1000 живорожденных) находится на уровне наиболее развитых европейских государств.

По оценке специалистами ВОЗ достижений национальных систем здравоохранения в борьбе с болезнями и смертью установлено, что в этом рейтинге на 1 месте находится Япония, на 2 - Швеция, на 3 - Норвегия.

В первой десятке также: Люксембург, Франция, Канада, Нидерланды, Великобритания, Австрия. Лучшая из постсоветских государств - Эстония - заняла в этом списке 8 позицию, Литва - 52, Беларусь - 53, Украина - 60, Казахстан - 62, Латвия - 67, Грузия - 76, Армения - 81, Молдова - 91, Россия - 100, Азербайджан - 103, Узбекистан -109, Таджикистан - 127, Туркменистан - 130, Кыргызстан-135 позицию.

В опубликованном ВОЗ отчете (2011 г.) отмечалось, что лучшая общественная система здравоохранения в мире создана во Франции, на 2-м месте находится Италия, на 3- месте- карликовое европейское государство - Сан-Марино. В первую десятку стран мира с наилучшей общественной системой здравоохранения вошли: государство-карлик Андорра, Мальта, Сингапур, Испания, Оман, Австрия и Япония.

В списке ВОЗ страны, входящие в СНГ, по созданию общественной системы здравоохранения заняли следующие места (таблица 1).

Таблица 1 - Ранговые места стран СНГ по организацию общественной системы здравоохранения

№	Страны независимых государств	Степень ранга
1.	Республика Азербайджан	109
2.	Республика Армения	104
3.	Республика Беларусь	72
4.	Республика Грузия	114
5.	Республика Казахстан	64
6.	Кыргызская Республика	151
7.	Республика Молдова	101
8.	Российская Федерация	130
9.	Республика Украина	79
10.	Республика Таджикистан	154
11.	Республика Туркменистан	154

В то же время в мировом сообществе по данному показателю Китай находится на 144 месте, Индия - на 112, Польша – на 50, Албания - на 55 месте. Безусловно, что в настоящее время необходимость ускорения темпов реформирования систем здравоохранения в странах СНГ является одной из актуальной социальной проблемой мирового сообщества.

Неудовлетворительные показатели здоровья населения: низкая продолжительность жизни, высокий уровень заболеваемости социально обусловленными болезнями, высокий уровень инвалидности трудоспособного населения, недостаточность профилактической направленности здравоохранения обусловливают необходимость ускорения темпов реформирования системы здравоохранения во всех странах Содружества.

Необходимость реформирования здравоохранения в странах бывшего СССР стала очевидной еще в 1970-е гг., когда было отмечено ухудшение состояния здоровья населения. В силу ряда причин серьезная реформа в союзных республиках началась лишь во второй половине 1980-х гг. с внедрения нового хозяйственного механизма. Однако эта реформа не была завершена, хотя и сыграла определенную роль в выработке экономических подходов к управлению здравоохранением.

Начальный период 1990-х гг. был весьма хаотичным, связанным с обретением новых политических и экономических

свобод. Основными направлениями реформирования системы были: децентрализация управления, демонополизация государственного сектора здравоохранения, многоканальность финансирования, введение обязательного медицинского страхования и внедрение рыночных механизмов. Ни один из этих подходов не был реализован государствами Содружества в полном объеме, общество не добилось желаемого результата, направленного на повышение качества оказания медицинской помощи населению.

За последние 10 лет в результате реструктуризации системы здравоохранения в постсоветских государствах фактически была ликвидирована «промышленная медицина» - закрылись большинство медико-санитарных частей (поликлиник и стационаров), фельдшерско-амбулаторных пунктов, сократилось число санаториев-профилакториев, детских оздоровительных учреждений (загородных лагерей для отдыха детей и подростков). Вышеперечисленное в значительной мере осложнило оказание медицинской помощи трудящимся промышленных предприятий и труженикам агропромышленных комплексов, так как учреждения здравоохранения при предприятиях должны решать проблемы преимущественно профилактического характера.

В системе здравоохранения появились и закрепились неприемлемые населением и медицинскими работниками негативные явления. В государствах Содружества нарастают проявления коммерциализации сферы здравоохранения, оздоровления, санаторно-курортного лечения работающих и населения. Значительное снижение объема и качества медицинской помощи и обострение проблемы по ее обеспечению привели к нарушению конституционных прав граждан на доступную и бесплатную медицинскую помощь.

Из опыта мировой практики известно, что система внебольничной помощи при достаточном уровне ее развития и соответствующей организации способна разрешать до 80% связанных со здоровьем проблем. Следует отметить, что значительно утратило профилактическую направленность первичное звено здравоохранения. Сегодня, когда внимательное отношение граждан к своему здоровью еще не стало необходимостью и социальным требованием, когда уровень здоровья населения невысок, первостепенными задачами лечебно-профилактических организаций должны стать профилактика и активное полноценное наблюдение за пациентами. Необходимость перемен в странах СНГ в наше сложное время связана также со стремлением более экономно и эффективно расходовать ограниченные финансовые ресурсы, выделяемые на оказание медицинской помощи населению.

Вследствие вышеперечисленного в странах СНГ в условиях выраженного дефицита финансирования в развитие наиболее дорогостоящей стационарной медицинской помощи по-прежнему вкладывается большая часть финансовых и материально-технических ресурсов. По мнению специалистов-аналитиков, от 30 до 50% от числа госпитализированных больных могли бы с успехом обследоваться и лечиться в амбулаторно-поликлинических условиях. Однако организация дневных стационаров и внедрение специализированных комплексных методов лечения на догоспитальном этапе идут крайне медленными темпами. Изложенные выше проблемы коснулись практически всех стран СНГ.

Таким образом, действенность принимаемых решений, направленных на улучшение функционирования системы здравоохранения, во многом зависит от оперативности принимаемых решений на законодательном уровне. Анализ действующего в ряде стран СНГ законодательства по здравоохранению свидетельствует, что оно было принято еще в первой половине 1990-х гг. В государствах Содружества имеется 10 таких законов, отсутствуют они в Грузии, Туркменистане. Кроме Беларуси и в нашей стране (Кыргызская Республика), в остальных странах СНГ эти законы не обновлялись.

Сегодня на межгосударственном уровне в области охраны здоровья населения в странах СНГ и Евразийского экономического сообщества нормативную базу составляют: Соглашение «О порядке оказа-

ния медицинской помощи гражданам государств - участников Содружества Независимых Государств» от 28.02.1996 и Концепция сотрудничества государств - участников Содружества Независимых Государств в области охраны здоровья населения от 18.09.2003. Однако принятые документы уже не успевают за теми разнообразными изменениями, которые происходят в национальных системах здравоохранения; сложилась объективная необходимость модернизации порядка регулирования межгосударственных отношений в области охраны здоровья населения. Это особенно важно в условиях имеющейся миграции населения.

С целью совершенствования системы здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи для широких слоев населения в СНГ принимаются соответствующие государственные проекты, например: приоритетный национальный проект «Здоровье» в Российской Федерации «Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2015 гг.», , «Реформа здравоохранения» в Республике Молдова, Национальная программа «Денсоолук на 2012-2016 гг.» в Кыргызской Республике и ряд подобных программ в других государствах. и происходят позитивные перемены в отношении проблемы реорганизации системы здравоохранения. В Республике Беларусь прошедший 2008 г. был объявлен годом здоровья. В дальнейшем основными направлениями развития системы здравоохранения в Беларуси станут профилактика, диспансеризация, развитие специализированной медицинской помощи.

В Республике Казахстан одним из главных направлений государственной политики на новом этапе развития страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения. В стране здоровье населения является одним из приоритетов долгосрочной Стратегии развития «Казахстан-2030 г.».

На Украине происходит внедрение системы мониторинга деятельности органов исполнительной власти и местного самоуправления относительно состояния общественного здоровья и мероприятий по его улучшению, а также реформирование системы здравоохранения, содействие формированию здорового образа жизни.

В Республике Таджикистан проводится реформирование системы здравоохранения. Увязывается это с наличием проектов Всемирного банка, Азиатского банка развития при участии США, Японии, Швейцарии, Швеции, ФРГ, международных организаций - ВОЗ, ЮНИСЕФ и др. Целью этих проектов являются расширение доступа к медицинским услугам, удовлетворение нужд пациентов. В стране последовательно идет развитие новой формы оказания первичной медико-санитарной помощи, основанной на модели семейной медицины.

В Республике Молдова современные политика и задачи руководства государства в области здравоохранения направлены на увеличение доступа населения к качественным медицинским услугам. Достигается это путем внедрения организационных и системных реформ, которые позволят более рационально и эффективно использовать ресурсы, предназначенные для здравоохранения в стране. Аналогичное положение и в других государствах Содружества.

Наша отечественная (кыргызская) система здравоохранения, по мнению мировых и экспертов-аналитиков со времени развала СССР характеризуются конкретными последовательными и поэтапными попытками и шагами ее реформирования. При этом в отличие от других стран СНГ за время двух больших проектов реформирования здравоохранения («Манас» и Манас–таалими») проявлена огромная политическая и экономическая воля в реализации политических, законодательных, и организационных аспектов этой реформы.

Программные направления реформы Кыргызстана с точки зрения теории и практического выполнения своевременно и правильно охватили все сектора здравоохранения. При этом, впервые в рамках СНГ на новый уровень поставлен необходимость усиления ПМСП на основе внедрения института семейной медицины. При-

мечательно то, что на некоторых результатах проводимых реформаторских мероприятий Кыргызстана обучались и до сих пор обучаются специалисты других стран СНГ.

II. Отличительные особенности систем здравоохранения в странах мира и Содружества.

В связи с отсутствием единой классификации специалисты сегодня выделяют различные модели здравоохранения. Несмотря на все различия в системах здравоохранения разных стран мира, отображающие их экономические модели, могут быть разделены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах. В зависимости от этого признака выделяются страны, где роль государства весьма невелика, и страны, где эта роль очень значительна. В настоящее время выделяют три основные принципиально отличающиеся системы здравоохранения:

Преимущественно государственная, характеризующаяся значительной ролью государства (Великобритания, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Норвегия, Португалия, Швеция и др.). Финансирование осуществляется преимущественно из той части общественных ресурсов, которая складывается за счет налоговых поступлений в государственный бюджет. Эта модель традиционно базируется на системе государственных медицинских учреждений.

2. Социально-страховая (Австрия, Бельгия, Нидерланды, Германия, Франция, Швейцария, Япония, некоторые страны Латинской Америки), когда финансирование осуществляется на трехсторонней основе: за счет бюджетных ассигнований, взносов работодателей и самих работников, что предполагает наличие обязательного медицинского страхования.

3. Преимущественно частная (США, Южная Корея, и др., стали приближаться к данной группе Азербайджан и Грузия), в основном базирующаяся на частной медицинской практике с оплатой медицинских услуг за счет средств пациента.

Практически ни в одной стране мира указанные системы не функционируют в чистом виде, так как они не только постоянно модифицируются, но и каждая страна, исходя из экономической ситуации, определяет, какой системе отдавать предпочтение в определенный период развития государства.

Тем не менее существующие системы здравоохранения могут быть отнесены и ксследующим моделям организации:

А. Универсалистская модель (Великобритания, Ирландия). Национальная система здравоохранения, финансируемая в значительной части за счет общего налогообложения. Медицинское обслуживание осуществляется в основном в государственных медицинских учреждениях (больницах) наемными служащими либо привлеченными по контракту работниками (первичная медицинская помощь, стоматология, фармацевты). В основу британской системы организации и финансирования здравоохранения заложен приоритет первичной медико-санитарной помощи.

Б.Модель социального страхования или континентальная модель (Германия, Австрия, Франция, Нидерланды, Бельгия, Люксембург), которая основана на финансировании посредством отчислений из фонда заработной платы и из специальных государственных фондов, которые составляют примерно 3/4 совокупных расходов на здравоохранение. В Германии бюджет здравоохранения формируется следующим образом: 14,2% финансовых ресурсов поступают из государственных источников, 72,5% составляют взносы предпринимателей, 6,9% из личных ресурсов граждан, 6,4% составляют средства частного страхования.

В. Южная модель (Испания, Португалия, Греция и частично Италия) - финансирование системы здравоохранения в значительной степени ведется за счет взносов из фондов занятости. Медицинское обслуживание осуществляется государственными и частными медицинскими учреждениями.

Г. Скандинавская модель (Швеция, Финляндия и Дания) - финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется в основном за счет подоходного налога (взимаемого как на национальном, так и на местном уровне), причем размер

выплачиваемых пособий напрямую зависит от заработка. Медицинские услуги оказываются как государственными, так и частными лечебно-профилактическими учреждениями. Шведская модель здравоохранения на сегодня признана одной из самых лучших в мире. Она предполагает не только доступность и высокое качество медицинского обслуживания, но и создание равных для всех предпосылок в сохранении здоровья. Значительную долю расходов на медицинскую помощь несет государство, однако около 10% услуг оплачивает само население. При покупке лекарств, назначенных врачом, медицинская страховка возвращает больному от 50 до 100% расходов.

Д.Преимущественно частная модель здравоохранения (США, Южная Корея) - финансирование здравоохранения в этих странах осуществляется за счет частных и (в значительно меньшей степени) государственных источников, причем оказание медицинской помощи осуществляется частными производителями медицинских услуг.

В США общий бюджет средств на здравоохранение складывается из следующих фондов:

- государственная программа «Медикейд» - 10%;
- государственная программа «Медикэйр» - 17%;
- другие правительственные программы - 15%;
- средства частного медицинского страхования - 33%;
- средства из других частных источников - 4%;
- личные средства граждан - 21%.

«Медикэйр» обеспечивает медицинской помощью престарелых и потерявших трудоспособность лиц, достигших 65 лет, получающих пособие по социальному обеспечению и имеющих стаж работы от 5 до 10 лет. Эта же страховая компания охватывает контингент лиц моложе 65 лет, которые в течение 2 лет получали пособие по нетрудоспособности, и лиц, которые определенный период времени работали в правительственных учреждениях. Одновременно лица старше 65 лет, не имеющие права на систему «Медикэйр», могут купить эту страховку, выплачивая за нее ежемесячно небольшие суммы.

Программа «Медикейд» направлена на страховое обеспечение медицинскими услугами семей с низким уровнем дохода. На участие в программе имеют право бедные граждане пожилого возраста, нетрудоспособные граждане (в том числе и слепые, беременные или имеющие детей). Вместе с тем ограничения, заложенные в программе, приводят к тому, что часть населения, живущего ниже официального уровня бедности, программой не охвачены. Лица, не имеющие медицинского страхования, получают медицинскую помощь в государственных больницах и клиниках в рамках программ, развернутых в отдельных штатах местными властями и частными страховыми фирмами, финансирующими медицинские учреждения из фондов благотворительности.

Ж. Модель здравоохранения в странах с переходной экономикой (страны Восточной Европы, страны СНГ) - финансирование, сочетающее элементы государственной и страховой медицины; постепенное внедрение института оказания платных медицинских услуг. Значительный интерес представляет опыт стран мира как со смешанной системой финансирования, так и стран с преимущественно частной медициной. К настоящему времени многие страны пытались ввести системы по моделям Западной Европы и Северной Америки. Эти страны обычно сталкивались с отсутствием опытного административного аппарата, способного заставить функционировать эти системы эффективно.

III.О реструктуризации системы здравоохранения в государствах Содружества

С начала текущего десятилетия численность врачей всех специальностей увеличилась в Азербайджане, Армении, Беларуси, Казахстане, России. В Грузии, Кыргызстане, Молдове, Таджикистане, Узбекистане и на Украине их число сократилось. В результате на конец 2010 г. на каждые 10 000 населения в России приходилось 50 врачей (в 2000 г.- 47), в Беларуси, соответ-

ственно, 48,5 (46), Азербайджане - 38 (36,5), Армении - 38 (37), Казахстане -- 38 (33), Молдове - 36 (35 - в 2001 г.). При этом на Украине при сокращении их абсолютного числа показатель обеспеченности врачами всех специальностей увеличился и составил 48 в расчете на 10 000 жителей против 46 в 2000 г., что обусловлено сокращением общей численности населения страны.

В ряде стран СНГ отмечается снижение уровня обеспеченности детей врачами-педиатрами. В Молдове и Кыргызской Республике уменьшение численности специалистов происходило интенсивнее, чем сокращалась численность детей. В 2001 г. численность врачей-педиатров составляла в Молдове 750 человек, в 2007 г. - 464 человека, численность детей в возрасте 0-14 лет - соответственно 828 и 650 000. Сокращение численности врачей всех специальностей, врачей- педиатров и среднего медицинского персонала во многом сопряжено с созданием в этих странах системы семейной медицины.

В большинстве стран Содружества снижается численность среднего медицинского персонала (кроме Азербайджана, Казахстана и Узбекистана) и, соответственно, увеличивается нагрузка на одного специалиста. В Казахстане по сравнению с 2000 г. значительно возросла как численность среднего медицинского персонала, так и обеспеченность им населения. Если в 2000 г. число работников среднего медицинского персонала составляла 107 000 человек, то в 2010 г. - 130 000, и обеспеченность им населения выросла на 17%, нагрузка на одного работника сократилась на 14%.

В Азербайджане и Узбекистане увеличение численности среднего медицинского персонала не сопровождалось снижением нагрузки, приходящейся на этих работников.

Более рациональное использование коечного фонда и его обновление, как правило, приводит к сокращению общего числа больничных коек. Кроме того, постепенное уменьшение численности детей в возрасте до 15 лет, характерное для всех стран Содружества, оказывает влияние на сокращение коечного фонда, предназначенного для обслуживания детей (за исключением Казахстана, где этого не отмечается).

Процесс реформирования системы здравоохранения в странах СНГ сопровождается значительным ростом цен на платные услуги здравоохранения и медикаментозные средства. Организации здравоохранения повысили цены на свои услуги за этот период: в Беларуси в 6 раз, в России - в 4 раза, в Казахстане, Молдове и Таджикистане - в 1,5-2 раза, в Армении - в 1,3 раза.

По данным выборочного обследования домашних хозяйств, в 2007 г. по сравнению с 2000 г. доля затрат на оплату медицинских услуг в общих расходах на платные услуги снизилась в Беларуси, Кыргызстане, России и на Украине на 0,1-2,9 процентных пункта, увеличилась в Таджикистане на 2,1 процентных пункта. В 2007 г. этот показатель составил по странам СНГ 3-7% всех расходов домашних хозяйств на оплату услуг. Величина денежных расходов на платные медицинские услуги в значительной мере зависит от уровня доходов домашних хозяйств, малообеспеченному населению платное медицинское обслуживание остается практически недоступным. Например, в России в 2007 г. в 20%-ной группе населения с низкими доходами из общего числа обратившихся за амбулаторной или стационарной медицинской помощью только 7% человек смогли сделать это на платной основе, тогда как в 20%-ной группе высокодоходного населения - каждый четвертый.

В 2010 г. (по данным Статкомитета СНГ) подорожали услуги санаторно-курортных и оздоровительных учреждений в Беларуси, Казахстане и России в 2,9-4,9 раза, в Таджикистане, Азербайджане, Армении и Молдове - в 2,2 раза.

В большинстве стран СНГ лишь небольшая часть населения может позволить себе оплатить санаторно-курортное лечение (так как произошли кардинальные изменения (коммерциализация) в работе санаторно-курортных учреждений при обслуживании больных и отдыхающих). Поэтому доля расходов на эти услуги за ряд последних лет в общей сумме затрат до-

машних хозяйств была невелика и составила в 2010г. 0,1-4,2% (в 2000г.-0,8-4,1%).

Недостаточные финансовые возможности значительной части населения не позволяют также обеспечивать рациональное питание, необходимое для поддержания иммунитета человека на уровне, препятствующем возникновению серьезных заболеваний.

В 2009 г. доля населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума (черты бедности), составила в Беларуси 8%, Казахстане и России - 13%, Азербайджане - 16%, Молдове - 26%, Украине - 29%, Кыргызстане - 35%, в Таджикистане более половины населения живет за чертой бедности.

В результате реформирования системы здравоохранения в ряде стран СНГ произошло увеличение оплаты труда работников здравоохранения. Однако по-прежнему средняя номинальная заработная плата работников отрасли «здравоохранение и предоставление социальных услуг» (подавляющую долю составляют медицинские работники) в большинстве государств Содружества оставалась значительно ниже ее уровня в целом по экономике.

В 2008 г. номинальная заработная плата медицинских работников по отношению к ее уровню в целом по экономике находилась в пределах от 60 до 90% (в 2000 г. - 45-75%). В 2008 г. средняя номинальная заработная плата работников этой отрасли превысила прожиточный минимум (для населения в трудоспособном возрасте на конец года) в Азербайджане в 1,7 раза, Беларуси - в 3,4, Казахстане (для всего населения) - в 3,2, в Молдове - в 2, в России - в 3,2, на Украине - в 2,2 раза.

Средняя номинальная заработная плата в 2010г. в отрасли «здравоохранение и предоставление социальных услуг» в Таджикистане составляла 39 долл., Кыргызстане - 48, Молдове - 218, Армении - 176, Азербайджане - 159, на Украине - 223, Беларуси - 332, Казахстане - 298, в России-523долларов.

Анализ данных по странам СНГ, приведенных в докладе, позволяет оценить сложившуюся ситуацию в системе здравоохранения ряда государств как напряженную по соответствующим показателям: состояние здоровья, медицинское обслуживание и лекарственное обеспечение населения. Эта ситуация требует перелома создавшегося положения, усиления внимания, принятия оперативных мер как со стороны государственных органов власти, так и общественности, в том числе профсоюзов.

Литература:

1. Брижит Т. Право на здоровье. Теория и практика - М. Устойчивый мир. 2001 г. - 370 с.
2. Доклад Всеобщей конфедерации профсоюзов и Межгосударственного статистического комитета СНГ: «О состоянии здоровья населения, организации системы здравоохранения в странах СНГ» 12.04.2010 г.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000. - ВОЗ. Женева. 2000.
4. Материалы 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (г.Женева 18 мая 2013 года).
4. ВОЗ. Отчет о мировом здравоохранении. М., 2003 г.
5. ВОЗ. Отчет о мировом здравоохранении. М., 2009 г.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КОНТРОЛЬНО-РАЗРЕШИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ КАК ОДНА ИЗ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ГОСУДАРСТВА

Калманбетова А.Т.

КГМИПиПК, г. Бишкек

На современном этапе развития общественных отношений каждое цивилизованное государственное образование должно гарантировать охрану здоровья своих граждан в соответствии с Конституцией и иными законодательными актами, общепризнанными принципами и нормами международного права, а также международными договорами посредством развития и обеспечения на должном уровне системы здравоохранения.

В настоящее время в большинстве стран Содружества независимых государств (СНГ) система здравоохранения переживает значительные организационно-правовые и содержательные преобразования: создана законодательная база для проведения реформы здравоохранения, что позволило осуществить децентрализацию государственной системы медицинского обслуживания и управления здравоохранением, реализуется система обязательного медицинского страхования, проводится структурная перестройка отрасли, развивается частный сектор здравоохранения [3].

В этой связи особый акцент придается усилению роли государственного регулирования в виде развития и дальнейшего укрепления контрольно-разрешительной системы, одной из основных функций которой является выдача разрешительных документов (РД) на право занятия частной медицинской практикой [1, 4].

Как известно, одним из важнейших направлений государственного регулирования отраслей экономики является социальная политика, которая выступает в качестве органической части внутренней политики государства, направленной на обеспечение всестороннего развития и благополучия его граждан и общества в целом. Социальная политика, направленная на улучшение условий труда и быта, воспитание здорового образа жизни, непосредственным образом влияет на снижение заболеваемости и тем самым оказывает ощутимое воздействие на сокращение экономических потерь в производстве. Такие отрасли социального комплекса, как здравоохранение, образование и другие, обеспечивают рабочими местами до 20,0% экономически активного населения, а в экономически развитых странах в сфере услуг занято до 70,0% всех работающих. Значимость социальной сферы велика не только благодаря ее огромному влиянию на экономику. Главное ее назначение – полное удовлетворение материальных, культурных и духовных потребностей, формирование всесторонне и гармонично развитых членов общества. Это и есть цель развития любого цивилизованного общества.

При этом основными задачами социальной политики государства являются:

- гармонизация общественных отношений, согласование интересов и потребностей отдельных групп населения с долговременными интересами общества, стабилизация общественно-политической системы;
- обеспечение социальной защитой всех граждан и их основных гарантированных государством социально-экономических прав, в том числе поддержка малообеспеченных групп населения;
- обеспечение экологической безопасности страны;
- развитие отраслей социального комплекса, таких, как образование, здравоохранение, наука, культура и т.д.
- государственный контроль, надзор и регулирование правоотношений в сфере применения основных отраслей народного хозяйства.

В этой связи для нас представляет интерес рассмотрение основ именно элемен-

тов государственного регулирования в сфере здравоохранения.

Состояние здоровья человека определяется различными факторами, которые как напрямую зависят от системы здравоохранения (на них здравоохранение может воздействовать), так и теми факторами, на которые здравоохранение не может оказывать изменяющего воздействия.

Здоровье популяции достигается путем постоянных усилий всех государственных и общественных структур, а также граждан, участвующих в общественном процессе. Фактически речь идет о взаимоотношениях между государственной (муниципальной) властью, здравоохранением (как частью публичной власти, или отрасли народного хозяйства), общественным и индивидуальным здоровьем. Характер этих взаимоотношений определяет или детерминирует состояние здоровья индивида и общества.

Система здравоохранения относится к области оказания социальной помощи. В связи с этим, при социальной направленности деятельности государства, система здравоохранения занимает одно из центральных мест в обществе, так как обеспечивает поддержание определенного уровня здоровья граждан и опосредованно определяет экономическое и социальное благополучие общества.

Система здравоохранения включает в себя медицинские и оздоровительно-реабилитационные организации различных типов и профилей (стационары, амбулаторно-поликлинические учреждения, специализированные санатории и профилактории, реабилитационные центры и др.), различные формы медицинской помощи (экстренную, лечебно-диагностическую, профилактическую, помощь на дому и др.) и различные уровни ее организации (первичный, вторичный, третичный).

Актуальность проблем охраны здоровья граждан и их многогранность приводят к необходимости интеграции результатов, полученных в других отраслях знаний. Так, результаты комплексного исследования, проведенного по инициативе Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), показали, что в области изучения здоровья «стыкуется» более ста различных научных дисциплин. Связано это с целесообразностью создания четкого механизма охраны здоровья людей, защиты их прав и законных интересов в современных условиях посредством комплексного правового регулирования данных отношений. Законодательство может оказаться эффективным регулятором правоотношений, складывающихся в здравоохранении.

По мнению экспертов ВОЗ, законодательство способно [2]:

– устанавливать официальную политику государства;

– определять функции здравоохранения;

– регулировать географическое распределение ресурсов здравоохра-нения;

– управлять условиями работы и обеспечивать необходимую инфраструктуру;

– предъявлять определенные требования к субъектам рассматриваемых общественных отношений;

– ассигновать средства на развитие трудовых ресурсов, подготовку и переподготовку персонала и другие.

Организаторы здравоохранения, политики могут обращаться к тем или иным положениям законодательства для улучшения результативности медицинской деятельности и повышения качества медицинской помощи, которую следует рассматривать как комплекс взаимосвязанных и взаимообусловленных мероприятий, направленных на профилактику, диагностику, лечение различных заболеваний человека осуществляемых специально подготовленным медицинским персоналом.

Взаимоотношения между медицинским персоналом (организациями здравоохранения) и больными (пациентами) имеют, прежде всего, нравственное начало. Однако нравственные начала в общественных отношениях не исключают необходимости их регулирования посредством использования правоприменительной практики. Развитые страны мира провозглашают приоритет личности: человек, его права и свободы являются высшей ценностью; при-

знание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина - обязанность государства, заложив, таким образом, предпосылки государственного регулирования здравоохранения как отрасли экономики. Государственное регулирование является одной из функций государственного управления, направленной на обеспечение общих правил поведения (деятельности) субъектов тех или иных правоотношений.

Что же представляет собой государственное регулирование и государственное управление? В западной литературе при исследовании соответствующих вопросов мы встречаемся с термином «public administration».

В узком понимании данный термин означает государственное администрирование. В более широком – это вся система государственных институтов. Так, французский политолог Р. Грегори дает определение государственного управления как «...особой социальной функции, направленной на упорядочение развития в интересах всего общества, где государственный чиновник выступает специальным агентом власти». По мнению И.А. Василенко, государственное управление – это «осуществление государственной политики через систему административных учреждений». Это понятие корреспондирует с понятием «государственная служба».

Вне зависимости от оттенков, которые существуют в различных понятиях и толкованиях рассматриваемого явления, несомненным является тот факт, что государственное управление в современных условиях неразрывно связано с правоприменительными отношениями, в том числе реализуемое через контрольно-разрешительную систему.

Список литературы:

1. Антимонов А.В. Направления совершенствования правовых и организационных основ лицензирования медицинской деятельности: монография [Текст] / А.В. Антимонов, В.В. Сергеев. - Самара: ООО ИПК «Содружество», 2007. - 70 с.
2. Вялков А.И. Основы региональной политики в здравоохранении / А.И. Вялков. - М.: ГЕОТАР-МЕД, 2001. - 336 с.
3. Мельничук Г.В. Лицензирование как форма государственного регулирования предпринимательской деятельности в России и США [Текст]: автореф. дис. …канд. юрид. наук: 12.00.14 / Г.В. Мельничук. - М., 2007. - 24 с.
4. Савчук М.В. Правовые и организационные основы лицензирования в Российской Федерации [Текст]: дис. …канд. юрид. наук: 12.00.14 / М.В. Савчук. - М., 2004. - 171 с.

ИСПОЛНЕНИЕ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ КАК ОСНОВА СОБЛЮДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Калманбетова А.Т., Абилов Б.А.

КГМИПиПК, КГМА им. И.К.Ахунбаева, г. Бишкек

Среди основных лицензионных требований и условий, выдвигаемых перед юридическими и физическими лицами, занимающихся частной медицинской практикой, ряд авторов выделяют такие как: соблюдение стандартов оказания медицинской помощи, соблюдение безопасных технологий при осуществлении медицинской деятельности, а также наличие у медицинских работников, осуществляющих медицинскую деятельность сертификата специалиста, соответствующего характеру оказываемых медицинских услуг [2, 3].

При этом высказывается мнение о том, что внедрение стандартов оказания медицинской помощи при осуществлении медицинской деятельности ведёт в тупик по причине индивидуальности человеческого организма. Считается, что нельзя

прописывать одинаковые назначения для многих пациентов то, что необходимо сделать в обязательном порядке при диагностике и лечении одной и той же формы заболевания, так как при этом необходимо учитывать поло-возрастные особенности, сопутствующие заболевания, аллергологический анамнез и многое другое, что делает подход к каждому конкретному пациенту индивидуальным. Но к множеству пациентов можно применить принцип безопасности, заключающийся в определении того, что нельзя, ни в коем случае делать в ходе проведения лечебно-диагностических мероприятий. Стандарты безопасности основаны в первую очередь на учёте и анализе допущенных врачебных ошибок. Система безопасности пациентов, которая работает уже тридцать лет в мировой медицинской практике доказала свою эффективность и результативность. Стандарт безопасности соответствует основному врачебному принципу – не навреди и именно выполнение этого стандарта предотвращает причинение вреда, ущерба здоровью пациента.

Разработкой этих стандартов должно заняться профессиональное врачебное сообщество, которое на первом этапе в состоянии в достаточно короткое время представить основной набор стандартов безопасности, которые в дальнейшем можно совершенствовать в зависимости от организации работы по выявлению врачебных ошибок. Отсутствие в настоящее время достаточного количества стандартов медицинской помощи, тем не менее, не мешает государственным органам осуществлять контроль за соответствием качества оказываемой медицинской помощи, в соответствии с установленными требованиями в сфере здравоохранения. Поэтому отсутствие на начальном этапе достаточного количества стандартов безопасности не является препятствием к началу данной деятельности.

Соблюдение безопасных технологий при осуществлении медицинской деятельности является следующим лицензионным требованием и условием.

В наследство от прежней социально-экономической формации нам достался принцип согласования и утверждения каждого документа вне зависимости от соответствия его здравому смыслу. Разница в вопросе применения медицинских технологий в мировой медицинской практике и у нас заключается в том, что наши врачебные технологии необходимо утверждать в вышестоящей организации, в то время как в мировой практике медицинские технологии оцениваются врачебным сообществом на предмет соответствия принципам доказательной медицины и врач волен выбирать ту или иную технологию, которая наиболее применима с его точки зрения в данном конкретном случае или ту, на применение которой был заключён договор со страховой компанией [1].

Другим лицензионным требованием и условием должно быть наличие у медицинских работников, осуществляющих медицинскую деятельность сертификата специалиста, соответствующего характеру оказываемых медицинских услуг.

Проблема последних лет, сложившая в постоянном изменении номенклатуры специальностей и квалификационных требований, привела к тому, что органы лицензирования стали запрещать медицинскую деятельность врачам, которые не в той последовательности проходили обучение. Претензии предъявляются не к тому, что они плохо работают, а к тому, что они неправильно учились. Поэтому предъявление одного только сертификата без дополнительных бумаг решила бы проблему последних лет. Ведь за допуск к экзамену и за выдачу сертификата специалиста несёт ответственность образовательное учреждение, к нему и нужно предъявлять претензии, а не к врачам.

Существующий сегодня подход к квалификации медицинских специалистов по количеству часов, проведённых в образовательном учреждении, не отражает реальной картины профессионализма врачей и средних медицинских работников.

Наличие сертификата специалиста в какой-то мере подтверждает, что данный специалист соответствует определённому уровню медицинской практики, но если бы образовательное учреждение несло солидарную ответственность с врачом за вы-

данный сертификат специалиста, то этот документ действительно являлся бы подтверждением квалификации врача или медсестры. Пока этот документ только подтверждает, что был прослушан определённый курс по определённой тематике.

Главный врач, принимая медицинских специалистов на работу, вынужден доверять этим бумагам, за которые никто не несёт ответственности.

Предлагаемое нововведение об аккредитации специалистов взамен сертификации специалистов вообще не имеет никакого отношения к квалификации врача, как специалиста медицинской практики. Предлагается авторами следующая формулировка: «Аккредитация специалиста - процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское или фармацевтическое образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи» [4].

Получается, чтобы работать врачом, достаточно изучить порядок и стандарт медицинской помощи. Знание медицинской практики, наличие клинического мышления при этом необязательно. Мало того, врачу нужно каждые пять лет проходить опять аккредитацию на знание того же порядка и стандарта, по которому врач работает на практике. Таким образом, начиная с 2016 года сертификат специалиста уже будет не нужен.

Такая безответственность в подходе к квалификации врачей будет сохраняться до того момента, пока не образуются профессиональные врачебные организации, способные не только организовать процесс обучения врачей, но и взять ответственность за качество профессиональной подготовки.

Лицензионных требований и условий должен быть минимум. Они должны быть выполнимы и проверяемы. Только в этом случае будет эффективность от лицензирования медицинской деятельности.

Лицензионный контроль в этом случае необходимо установить в виде документарной проверки, так как чиновник, не обладая достаточным профессионализмом в медицинской практике не в состоянии оценить действия врача при лечении того, или иного пациента. Такую оценку в состоянии давать только профессиональное сообщество врачей. А вот установить индикаторы, которые могли бы отражать выполнение лицензионных требований и условий, и осуществлять мониторинг медицинской деятельности лицензиата, это реальная деятельность по осуществлению лицензионного контроля, тем более что таким видом контроля можно охватить практически всех, имеющих лицензию на медицинскую деятельность. Изменение направления лицензионного контроля от хозяйственной деятельности к профессиональной значительно ослабит давление государства на медицинские организации независимо от форм собственности.

Кроме того, учитывая возможность определения в будущем статуса врача как субъекта права, переход к лицензированию врачей будет безболезненным, так как фактическое осуществление лицензирования профессиональной деятельности уже будет организовано и к тому моменту будет наработана достаточная база как мониторинга лицензионных требований и условий, так и деятельности врача в условиях соблюдения стандартов безопасности пациента.

Проблема совершенствования государственного надзора при лицензировании медицинской деятельности подробно была рассмотрена на I Национальном Конгрессе частных медицинских организаций, состоявшемся в январе 2012 года, где были предложены практические меры по реализации изменения лицензионных требований и условий и порядка проведения лицензионного контроля (**www.privatmed.ru**).

Основными государственными интересами в сфере здравоохранения должны быть направленность на создание развитого рынка медицинских услуг и переход от традиционного рынка услуг здравоохранения к рынкам, предлагающим разнообразные виды лечебно-профилактической помощи, отличающиеся лишь набором и

формой оказания на всех этапах лечения. Это обстоятельство, в свою очередь, предопределяет необходимость эффективного управления развитием сферы здравоохранения и усиления контроля качества медицинских услуг.

Актуальность решения данных задач особенно возрастает в условиях необходимости осуществления государственных нормативно-правовых и экономических управляющих воздействий на деятельность организационно-правовых структур (объектов) сферы услуг здравоохранения, которые должны быть направлены не на жесткую регламентацию и детализацию форм и видов функционирования взаимодействующих объектов сферы здравоохранения, нередко приобретающих изощренные формы в попытках установить доминирующую роль государства в контроле и регулировании, например, налогообложение учреждений здравоохранения, а на подведение фундаментальной правовой базы для рационализации взаимодействия объектов сферы здравоохранения при действенном контроле за исполнением важнейших решений.

В целях упорядочения управляющих воздействий со стороны государства, а также процессов саморегулирования движения объектов рынка медицинских услуг к конечной цели своего функционирования необходим организационно-экономический механизм, объединяющий все виды управляющих воздействий и приводящий их к рационализации влияния на процессы становления и эффективного развития сферы услуг здравоохранения.

В завершение данной статьи следует отметить, что управление в сфере здравоохранения диктует необходимость как количественного, так и качественного формирования инфраструктурного комплекса, включающего в себя не только основу становления рынка медицинских услуг, но и развитие, и расширение деятельности по развитию государственно-частного партнерства.

В этой связи, актуальным является решение задачи эффективного управления сферой услуг здравоохранения и последующей реализации управляющих воздействий через систему государственного регулирования.

Список литературы:

1. Абрамов А.Ю. Новое в лицензировании медицинской деятельности [Текст] / А.Ю. Абрамов // Менеджер здравоохранения. - 2007. - № 8. - С. 40-45.
2. Савчук М.В. Правовые и организационные основы лицензирования в Российской Федерации [Текст]: дис. …канд. юрид. наук: 12.00.14 / М.В. Савчук. - М., 2004. - 171 с.
3. Спектор Е.И. Лицензирование в Российской Федерации: правовое регулирование [Текст] / Е.И. Спектор. - М.: Юстицинформ, 2007. - 200 с.
4. Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». – ГосДума РФ, 2013, третье чтение, ст. 69, п.3.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ДЛЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Абдурашидова Т.Ш., Сабиров И.С.

Кыргызско-Российский Славянский Университет им.Б.Н.Ельцина, г.Бишкек

Введение: XX век убедительно показал, что эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний обусловлена, в основном, особенностями образа жизни и связанных с ним факторов риска. Согласно данным Республиканского медико - информационного центра, в Кыргызстане сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место в структуре общей смертности, составляя половину (50,1%) всех случаев ежегодных смертей. В республике от болезней сердца ежегодно умирает более 18

тысяч человек, а ежедневно - около 50 человек [1].

Учитывая, что хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из заключительных этапов сердечно-сосудистого континуума (или непрерывного развития сердечно-сосудистых заболеваний), а также осложнением большинства болезней сердца, успешное лечение этих заболеваний и воздействие на факторы риска можно рассматривать, как профилактику развития декомпенсации сердечной деятельности [2].

Программы обучения пациентов с ХСН являются важным и перспективным подходом к профилактике эпизодов декомпенсации [3]. Эти программы не только обучают больных методам самоконтроля клинического статуса, но и способствуют их более активному контакту с медицинским персоналом.

Современные программы ведения больных с ХСН предусматривают: мультидисциплинарное и системное проведение профилактических мероприятий, направленных на расширение информационного обеспечения пациентов, стимулирование их приверженности к лечению, оптимизацию обратной связи с ними и улучшение качества жизни [4,5]. Обучение больного и его ближайших родственников приемам контроля над течением ХСН, методам самопомощи дает возможность регулярного контакта со специалистами для своевременной коррекции состояния и недопущения экстренных декомпенсаций.

Высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане доказывает необходимость создания аналогичных программ и в нашей республике.

Цель исследования: оценить эффективность обучающих программ для больных хронической сердечной недостаточностью.

Материал и методы исследования: на базе отделения хронической сердечной недостаточности Национального Центра Кардиологии и Терапии им. академика М.М.Миррахимова за 6 месяцев было обследовано и проводилось обучение у 130 больных с ХСН ФК II-IIINYHA обоего пола (67 мужчин и 63 женщин). В контрольную группу вошло 20 больных ХСН, которые не различались по половому и возрастному критерию.

Занятия школ проходили в интерактивном режиме с демонстрацией иллюстрированных материалов, макетов, наглядных пособий. Пациенты могли задавать интересующие вопросы по ходу лекции. Длительность каждого теоретического занятия составляла 25-30 минут.

Все больные получили обучающие материалы по самоконтролю (Опасные симптомы, Дневник самоконтроля, Расписание приема лекарств, Контроль хронической сердечной недостаточности - таблица показателей). Данные материалы были подготовлены на основании практических сведений о сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (ESC) и Ассоциации сердечной недостаточности Европейского общества кардиологов (HFA/ESC).

До обучающих занятий проводился 6-ти минутный тест на толерантность к физическим нагрузкам и оценка качества жизни с помощью Миннесотского опросника (MLHFO). Через месяц проводился контроль эффективности обучающих программ при помощи аналогичных методов.

Результаты исследования: до обучения больных при проведении теста с 6-ти минутной ходьбой средняя проходимая дистанция в группе составила 286±35м, после 330±40м соответственно (группа 1) ($p<0,05$). При проведении теста с 6-ти минутной ходьбой в контрольной группе отмечалось незначительное улучшение показателей. Так, проходимая дистанция увеличилась с 252±20м до 270±24м (контрольная группа - КГ).

По результатам опросника MLHFO за 1 месяц после проведения обучающих программ достоверно повышалось качество жизни, о чем свидетельствует снижение индекса с 45±13,4 баллов до 37±11,9 баллов (группа 1) ($p<0,05$). В контрольной группе, по результатам опросника MLHFOкачество жизни ухудшилось с 52±10,2 баллов до 59±7,4 баллов (контрольная группа - КГ). Согласно критериям опросника, наиболь-

шее количество баллов свидетельствует о развитии декомпенсации ХСН.

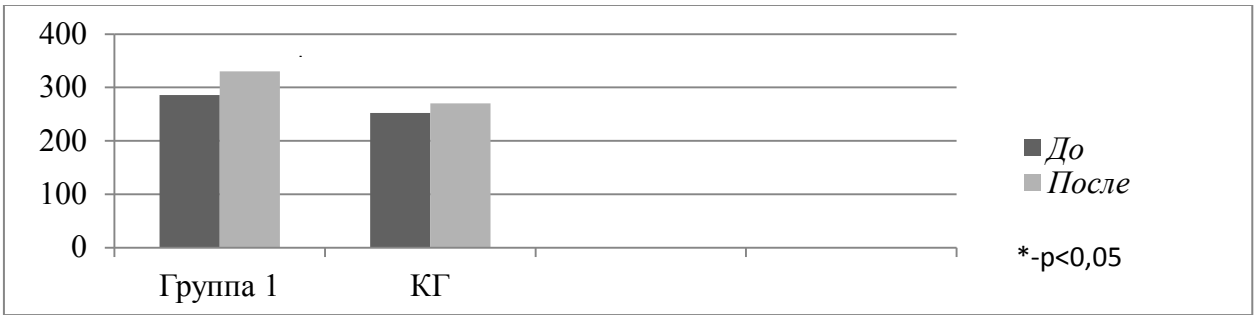


Рис.1 Динамика толерантности к физической нагрузке у больных ХСН в процессе проведения обучающих программ.

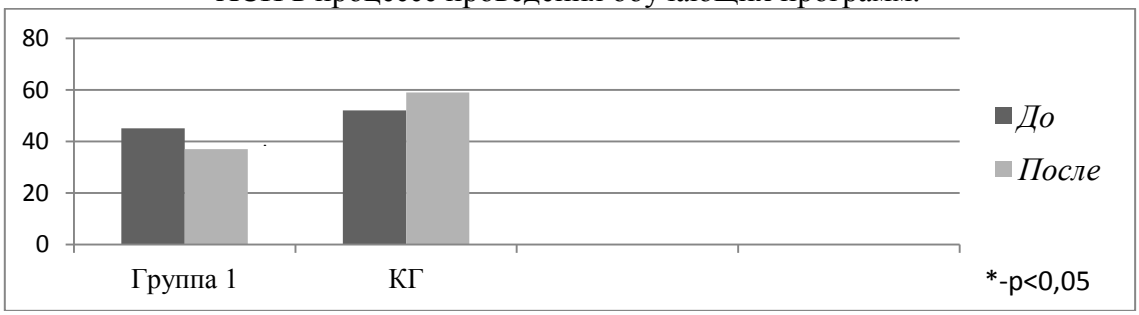


Рис 2. Динамика изменения качества жизни у больных ХСН в процессе проведения обучающих программ.

За прошедший месяц, со слов участников обучающих программ, обращений к врачам и вызовов скорой медицинской помощи не зарегистрировано. Со слов больных, входивших в состав контрольной группы, в течение прошедшего месяца двоим больным пришлось вызвать бригаду скорой помощи, в связи с ухудшением состояния.

Выводы: таким образом, даже незначительный промежуток наблюдения за больными после проведения обучающих программ в течение 10 дней показал эффективность выживаемости знаний при данной методике. Что отразилось в улучшении таких показателей как – толерантность к физическим нагрузкам (увеличение на 15,3%) и качество жизни (снижение баллов на 17,8%). Это дает повод, говорить нам о том, что подход с использованием возможностей обучающих программ позволяет существенно улучшить качество жизни больных хронической сердечной недостаточностью, снизить количество повторных госпитализаций, а следовательно и затраты на лечение. И позволяет нам, рекомендовать внедрение методики образовательных программ для пациентов с мультидисциплинарным воздействием на больных хронической сердечной недостаточностью в широкую медицинскую практику.

Список используемой литературы:

1. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO 2011.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006; 3(11):e442.
3. Фомин И.В. В кн.: Хроническая сердечная недостаточность [Агеев Ф.Т. и соавторы]. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. –с 7-77
4. Агеев Ф.Т. Структура, методика и предварительные результаты Российской программы “ШАНС”. Сердечная недостаточность 2004; 5 (б): 153-178
5. Spencer FA, Meyer TE, Goldberg RJ. Twenty year trends (1975-1995) in the incidence, in-hospital and long-term death rates associated with heart failure complicating acute myocardial infarction. J Am CollCardiol. 1999; 34 (5): 1378-1387.

ТЯЖЕСТЬ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ ГЛАУКОМЕ

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

Резюме: В работе изучены тяжесть первичной инвалидности вследствие глаукомы в Кыргызской Республике. Показано, что за последние годы наблюдается тенденция уменьшения тяжелых групп инвалидности.
Ключевые слова: глаукома, инвалидность.
Корутунду: Бул илимий эмгекте Кыргыз Республикасында глаукома боюнча биринчи жолу ыйгарылган майыптыктын оордугу изилденген. Акыркы жылдарда майыптыктын оор даражалары азайгандыгы байкалат.
Негизги сөздөр: глаукома, майыптык.
Summary: In the article are studied difficulty of primary disability as a result of glaucoma in Kyrgyz Republic. In recent years observed it is shown that the tendency of reduction of heavy groups of disability.
Key words: glaucoma, disability.

Актуальность темы. При изучении вопросов первичной инвалидности при той или иной патологии, большое значение имеет установление ее тяжести. Данный показатель в определенной степени может характеризовать важность изучения данной патологии.

Целью данной работы является изучение тяжести первичной инвалидности вследствие глаукомы в Кыргызской Республике.

Материал и методы исследования. Изучены материалы Межрегиональной офтальмологической медико-социальной экспертной комиссии (МСЭК) за период с 2006 по 2011 годы. Анализированы данные 2681лиц, впервые признанных инвалидами вследствие глаукомы.

Показатели тяжести первичной инвалидности фактически отражают состояние соответствующей медицинской службы на местах. В этой связи представляет интерес изучение тяжести инвалидности при глаукоме в двух аспектах:

1) тяжесть инвалидности при первичном освидетельствовании;

2) утяжеление группы инвалидности за изученный период времени.

По данным различных авторов за последние годы при первичном же обращении больных с глаукомой в офтальмологические МСЭК для определения группы инвалидности, в более чем, половине случаев устанавливаются тяжелые группы инвалидности – I и II.

Результаты. В наших исследованиях получены результаты, подтверждающие эти положения. Так например, в 2006 году при первичном освидетельствовании больных с глаукомой на предмет определения им инвалидности среди мужчин I и II группы инвалидности составили 56,7±3,1%, а среди женщин этот показатель составил 58,9±3,4%. Среди обоих полов в 68,8±2,2% случаев при первичном освидетельствовании были установлены I и II инвалидности.

Данный факт прямо подтверждает, что глаукома является серьезным заболеванием и в большинстве случаев протекает совершенно незаметно для больного. Как правило, больные обращаются за медицинской и социальной помощью в государственные организации уже с запущенными стадиями заболевания. В этом и заключается вся опасность глаукомы.

Как видно из таблицы 1, после 2009 года наметилась некоторая тенденция уменьшения тяжелых групп инвалидности и увеличения легкой группы при первичном освидетельствовании больных с глаукомой для определения им инвалидности. По сравнению с 2006 годом, в 2011 году среди мужчин удельный вес I и II группы инвалидности составил 52,9±2,7% ($t<2$, $p>0,05$), а среди женщин – 46,6±3,1% ($t=2,6$, $p<0,05$). Среди обоих полов I и II группы инвалидности в 2006 году были установлены в 57,8±2,3% случаев, а в 2011 году - 50,3±2,0% ($t=2,5$, $p<0,05$).

В связи с уменьшением удельного веса тяжелых групп инвалидности, за анализируемый период времени, увеличилась доля легкой группы инвалидности, а именно III группы, соответственно 42,2±2, 3% и 49,7±2,0% ($t=2,5$, $p<0,05$).

Таблица 1. Первичная инвалидность по глаукоме по тяжести в абсолютных числах и в % за 2006-2011 годы.

Пол	Гр. инвалид-ности	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Мужчины	I	62 (25,3±2,8)	49 (23,3±2,9)	56 (25,0±2,8)	52 (26,0±3,1)	63 (21,0±2,3)	78 (22,9±2,3)
	II	77 (31,4±2,9)	81 (38,6±3,3)	72 (32,1±3,1)	55 (28,0±3,2)	94 (31,2±2,6)	102 (30,0±2,5)
	III	106 (43,3±3,1)	80 (38,1±3,3)	96 (42,9±3,3)	92 (46,0±3,5)	144 (47,8±2,9)	160 (47,1±2,7)
	Всего:	245 100%	210 100%	224 100%	199 100%	301 100%	340 100%
Женщины	I	54 (26,1±3,0)	44 (29,5±3,7)	40 (28,8±3,8)	52 (33,5±3,8)	58 (22,4±2,6)	63 (24,9 ±2,7)
	II	68 (32,8±3,2)	57 (38,3±4,0)	44 (31,6±3,9)	49 (31,6±3,7)	61 (23,5±2,6)	55 (21,7±2,6)
	III	85 (41,1±3,4)	48 (32,2±3,8)	55 (39,6±4,1)	54 (34,8±3,8)	140 (54,1±3,1)	135 (53,4±3,1)
	Всего:	207 100%	149 100%	139 100%	155 100%	259 100%	253 100%
Оба пола	I	166 (36,7±2,2)	93 (25,9±2,3)	96 (26,4±2,3)	99 (28,0±2,4)	121 (21,6±1,7)	141 (23,8±1,7)
	II	145 (32,1±2,2)	138 (38,4±2,5)	116 (32,0±2,4)	104 (29,4±2,4)	155 (27,7±1,9)	157 (26,5±1,8)
	III	141 (31,2±2,2)	128 (35,7±2,5)	151 (41,6±2,6)	151 (42,6±2,6)	284 (50,7±2,1)	295 (49,7±2,0)
	Всего:	452 100%	359 100%	363 100%	354 100%	560 100%	593 100%

В деятельности медико-социальных экспертных комиссий по выявлению инвалидности от тех или иных причин среди населения, существует такое понятие, как – утяжеление инвалидности. Данный термин характеризует переход инвалидности от менее тяжелых, к более тяжелым группам. Самой тяжелой группами инвалидности считается – первая группа, затем идет – вторая группа. Третья же группа инвалидности относится к легкой группе.

В нашей работе мы анализировали переход от второй группы инвалидности к первой, от третьей группы ко второй и от третьей к первой.

Как правило, утяжеление инвалидности определяют за один календарный год при повторном освидетельствовании инвалидов. Процесс перехода инвалидности из легкой группы в более тяжелую, характеризует состояние вопроса медицинской реабилитации инвалида.

Как видно из приведенных таблиц, чаще наблюдается процесс перехода второй группы в первую, третьей группы во вторую. Сравнительно реже отмечается переход инвалидности с третьей группы сразу в первую. Последний показатель может указывать на неудовлетворительную работу различных звеньев офтальмологической службы республики по медицинской реабилитации инвалидов.

Хотя анализ данных по таблицам утяжеления инвалидности (таблицы 2, 3 и 4) по северному и южному регионам, а также республике в целом показывает, что начиная с 2009 года заметно снизился процент утяжеления инвалидности от глаукомы. Так, если в 2006 году по северному, южному регионам и по республике в целом при повторном освидетельствовании инвалидов процент утяжеления инвалидности при глаукоме составил, соответственно 15,3±2,1%, 21,5±3,8% и 17,1±1,9%, то в 2011 году этот показатель значительно снизился – 8,8±1,4% ($t=3,3$. $p<0,05$), 11,4±1,9% ($t=2,4$. $p<0,05$) и 9,9±1,2% ($t=2,6$. $p<0,05$). Данный факт может быть в определенной степени объяснен тем, что в 2009 году был принят приказ министра здравоохранения Кыргызской Республики по глаукоме. Этот приказ в значительной степени активизировал работу всей офтальмологической службы по активному выявлению, регулярному наблюдению и своевременному лечению больных с глаукомой.

В среднем по республике утяжеление инвалидности (переход болезни в более тяжелую стадию) за период наблюдений составил – 14,9%. За последние годы, особенно за 2010 и 2011 данный показатель заметно снизился. В этом деле существенную роль сыграл вышеотмеченный приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по глаукоме.

Выводы: 1. За последние годы отмечается тенденция уменьшения тяжелых групп инвалидности при первичном освидетельствовании больных с глаукомой.

Таблица 2. - Утяжеление инвалидности при глаукоме за период с 2006 по 2011 годы по северному региону республики.

Годы	Переход инвалидности	Абс. число	%%	Число повторных инвалидов
2006	со II на I с III на I с III на II	16 5 23	36,3 11,4 52,3	288
Всего:	Утяжеление	44	100%	15,3±2,1%
2007	со II на I с III на I с III на II	19 7 24	38,0 14,0 48,0	261
Всего:	Утяжеление	50	100%	19,1±2,4%
2008	со II на I с III на I с III на II	19 5 25	38,8 10,2 51,0	296
Всего:	Утяжеление	49	100%	16,5±2,1%
2009	со II на I с III на I с III на II	16 5 18	41,0 12,8 46,2	318
Всего:	Утяжеление	39	100%	12,3±1,8%
2010	со II на I с III на I с III на II	15 5 14	44,1 14,7 41,2	322
Всего:	Утяжеление	34	100%	10,5±1,7%
2011	со II на I с III на I с III на II	14 3 16	43,7 9,4 46,9	372
Всего:	Утяжеление	33	100%	8,9±1,4%
Итого:	Утяжеление	249	100%	1857 (13,4±2,1%)

Таблица 3. Утяжеление инвалидности при глаукоме за период с 2006 по 2011 годы по южному региону республики.

Годы	Переход инвалидности	Абс. число	%%	Число повторных инвалидов
2006	со II на I с III на I с III на II	10 3 12	40 12 48	116
Всего:	Утяжеление	25	100%	21,5±3,8%
2007	со II на I с III на I с III на II	11 4 14	37,9 13,8 48,3	129
Всего:	Утяжеление	29	100%	22,5±3,6%
2008	со II на I с III на I с III на II	13 7 15	37,1 20 42,9	142
Всего:	Утяжеление	35	100%	24,6±3,6%
2009	со II на I с III на I с III на II	12 5 12	41,4 17,2 41,4	156

Всего:	Утяжеление	29	100%	18,6±3,1%
2010	со II на I с III на I с III на II	11 5 12	39,3 17,9 42,8	183
Всего:	Утяжеление	28	100%	15,3±2,6%
2011	со II на I с III на I с III на II	11 6 14	35,5 19,4 45,1	272
Всего:	Утяжеление	31	100%	11,4±1,9%
Итого:	Утяжеление	177	100%	998 (17,7±1,2%)

Таблица 4. Утяжеление инвалидности при глаукоме за период с 2006 по 2011 годы по всей Кыргызской Республике.

Годы	Переход инва-лидности	Абс. число	%%	Число повторных ин-валидов
2006	со II на I с III на I с III на II	26 8 35	37,7 11,6 50,7	404
Всего:	Утяжеление	69	100%	17,1±1,9%
2007	со II на I с III на I с III на II	30 11 38	38,0 13,9 48,1	390
Всего:	Утяжеление	79	100%	20,2±2,0%
2008	со II на I с III на I с III на II	32 12 40	38,1 14,3 47,6	438
Всего:	Утяжеление	84	100%	19,2±1,9%
2009	со II на I с III на I с III на II	28 10 30	41,2 14,7 44,1	474
Всего:	Утяжеление	68	100%	14,3±1,6%
2010	со II на I с III на I с III на II	26 10 26	41,9 16,1 42,0	505
Всего:	Утяжеление	62	100%	12,3±1,5%
2011	со II на I с III на I с III на II	25 9 30	39,0 14,1 46,9	644
Всего:	Утяжеление	64	100%	9,9±1,2%
Итого:	Утяжеление	426	100%	2855 (14,9±0,6%)

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ В РАЗВИТИИ БЛИЗОРУКОСТИ У ДЕТЕЙ

Юлдашев А.М., Усенко В.А.
КГМИПиПК, Цикл глазных болезней

Актуальность. По данным ВОЗ на планете констатировано 1,6 млрд. больных с близорукостью. В последние десятилетия отмечается рост миопии у детей – в 1,3 раза, у подростков – в 1,6 раза (Тарутта, 2006). [1]

Одним из существенных причин, способствующих развитию близорукости, в настоящее время является перинатальная патология. По данным литературы констатировано из 1 000 родов – 544,7 с патологией беременности (Парамей О.В., Сидоренко Е.И., 1999). [2] Это анемия, токсикозы беременности, хронические инфекции, нефропатии, угрозы выкидышей, патологические роды и др. Среди детей, с перинатальной патологией у 73% - выявляются изменения со стороны органа зрения. [2]

Представляет интерес выявления роли перинатальной патологии в развитии миопии у детей.

Цель работы. Изучить особенности развития миопии в раннем детском возрасте у детей с перинатальной патологией.

Материалы и методы. Обследовано 271 ребенка (542 гл.) в возрасте от 3-х до 6 лет с перинатальной патологией. Наряду с общепринятыми методами исследования, проводилась авторефрактометрия и скиаскопия на фоне циклоплегии.

Контрольную группу составили 304 детей (608 гл.) с миопией и с нормально протекающей беременностью.

Обсуждение. У детей от 3-х до 6 лет с перинатальной патологией сферическая миопия выявлена у 37 детей (74 гл.) – 13,6% против 2,95% у 9 детей (18 гл.) контрольной группы (КГ). По степени – миопия слабой степени с перинатальной патологией констатирована у 11 детей (22 гл.) – 4%, против 1,3% у 4 детей (8 гл.) КГ; средней степени у 8 детей (16 гл.) – 3%, против 0,99% у 3-х детей (6 гл.) КГ; высокой степени у 18 детей (36 гл.) – 6,6%, против 0,66% у 2-х детей (4 гл.) (КГ). (Таблица №1)

Таблица №1 - Состояние миопии у детей с перинатальной патологией

	Количество б-ые. / гл.	Миопия сферическая			M ast б-ые. / гл.	Анизометропическая миопия б-ые. / гл.
		Слабая степень б-ые. / гл.	Средняя степень б-ые. / гл.	Высокая степень б-ые. / гл.		
Дети с ПП 3-6 лет	271 / 542	11 / 22 4%	8 / 16 3%	18 / 36 6,6%	25 / 50 9,2%	22 / 44 8,1%
КГ 3-6 лет	304 / 608	4 / 8 1,3%	3 / 6 0,99%	4 / 2 0,66%	11 / 22 3,6%	8 / 16 2,6%

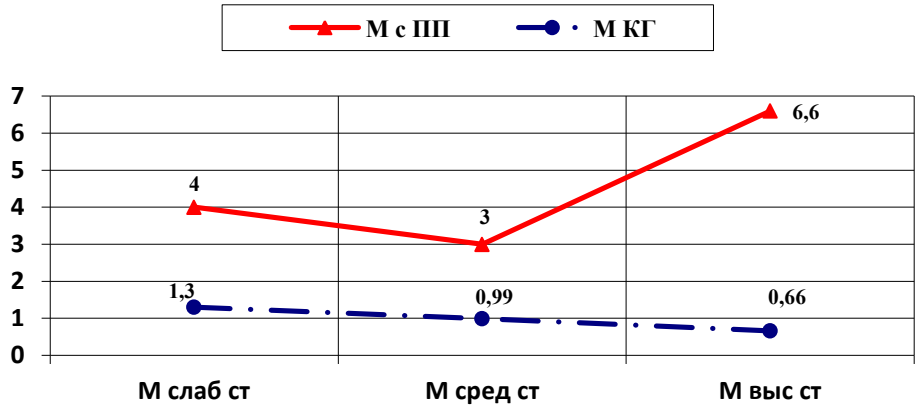


Рис. 1. Сравнительные данные миопии у детей с перинатальной патологией и контрольной группой

Как видно из таблицы, миопический астигматизм констатирован при перинатальной патологии у 25 детей (50 гл.) – 9,2% против 3,65% у 11 детей (22 гл.) КГ. Анизометропическая миопия выявлена у 22-х больных (44 гл.) – 8%, против 2,6% - 8 больных (16 гл.) (КГ).

Преобладание развития близорукости у детей раннего детского возраста с перинатальной патологией представлено в графике.

Заключение. Таким образом, перинатальная патология является одним из факторов, приводящих к развитию близорукости в раннем детском возрасте.

В большей степени у детей констатирована миопия высокой степени (6,6%), миопический астигматизм (9,2%) и анизометропическая миопия (8,1%).

Профилактика перинатальной патологии необходимое мероприятие для предотвращения развития миопии у детей раннего возраста.

Литература:

1. Тарутта Е.П., Винецкая М.И. и соавт. Значение показателей перекисного окисления липидов антирадикальной защиты слезы для прогнозирования и лечения осложненной близорукости. В.О., 2000 №5, с. 54 – 56.
2. Парамей О.В., Сидоренко Е.И. Влияние патологии перинатального периода на рефрактогенез, частоту и характер заболеваний глаз у детей. В.О., 1999 №6, с. 32 – 34.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЛИЗОРУКОСТИ ПРИ АСИММЕТРИЧНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кенджаева Д.О.

КГМИПиПК, ФУВ глазных болезней, Бишкек

Резюме: обследовано 110 б-х (220гл.) с различной степенью близорукости и асимметричностью патологии ШОП.

Наряду с общепринятыми офтальмологическими исследованиями проводилось исследование гемодинамических показателей (Vp, Vd, Vm) в ПА, ВСА, ГА и зрачковых функций— время вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ).

Проведен анализ частоты расстройств этих показателей между глазами в зависимости от выраженности патологии в ШОП.

Исследования показали, что частота отклонений гемодинамических расстройств в ГА и увеличение ВВЗЦ коррелируется с выраженностью патологии в ШОП при III—IV ст., что свидетельствует о роли остеохондроза шейного отдела позвоночника в прогрессии близорукости.

Среди многообразных причин развития и прогрессии близорукости немаловажное значение имеет патология шейного отдела позвоночника. (Березина Т.Г., 1983; Кузнецова М.В., 2004)

Это объясняется нарушением регионарной гемодинамики в вертебробазилярном бассейне (ВББ), во внутренней сонной артерии (ВСА) и глазничной артерии (ГА).

Наряду с этим, при патологии шейного отдела позвоночника, особенно при остеохондрозе, имеет место раздражение верхнего шейного симпатического ганглия с развитием симпатикотонии, которая через короткие цилиарные нервы передается аккомодативно-зрачковому аппарату и кровеносным сосудам глаза (Асаналиев Н.А., Усенко В.А., 2006).

В соответствии с этим, представляет интерес особенности течения близорукости, состояние гемодинамики и зрачковых рефлексов — время вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ), при ассиметричных изменениях в шейном отделе позвоночника.

Цель проводимого исследования — выявление частоты расстройств гемодинамических показателей в ГА (Vp, Vd, Vm) и зрачковых функций (ВВЗЦ) между обоими глазами, с близорукостью различной степени при асимметричных патологиях в шей-

ном отделе позвоночника (ШОП).

Материал и методы: Обследованию подлежало 92 больных (184 гл) с близорукостью различной степени и ассиметрией выраженности изменений в ШОП. По возрастному составу больные распределялись: до 10 лет — 20 б-х (40гл); 11-15 лет — 45 б-х (90гл); 16-20 лет — 20 б-х (40гл); 20-30 лет — 15 б-х (30гл); 30 лет — 10 б-х (20гл); мужского пола — 37 б-х (74гл); женского пола — 73 б-х (146гл).

Согласно классификации по Загородный П.И. с соавт., 1980, мы выявили следующие степени поражения ШОП:

I ст. — симптом «струны», 22 б-х

II ст. — псевдоспондилолистез и истинный листез, 21 б-й

III ст. — сколиотическая деформация и ротация, 33 б-х

IV ст. — остеохондроз, 16 б-х

Контрольную группу (КГ) составили 18 б-х (36 гл) с близорукостью без патологии ШОП.

Наряду с общепринятыми методами исследования органа зрения — визометрия, периметрия, рефрактометрия, офтальмоскопия — проводилось исследование гемодинамики в позвоночных артериях, внутренней сонной артерии и глазничной артерии методом УЗ — системы “DOPSAN” в непрерывноволновом допплеровском режиме, с датчиком частотой 5 Мгц.

Определялись следующие гемодинамические показатели:

Vp— максимальная скорость кровотока

Vd— минимальная скорость кровотока

Vm—средняя скорость кровотока в течение сердечного цикла

Наряду с этим рассчитывалось время вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ) по методу Miller S.D. и Thompson H. S.,1978.

Обсуждение: Достоверная частота отклонения в гемодинамических показателях в ГА (Vp, Vd, Vm) между глазами с различной степенью близорукости коррелируются со снижением кровотока в ПА у пациентов с ассиметричными изменениями ШОП при III—IV ст.

Так, при слабой степени миопии (16 б-х, 32 гл.) отмечается понижение кровотока в ПА (Vp, Vd) с одной стороны у 37,5 % (9 гл), частота отклонения этих показателей в ГА соответственно выявлены у 29% (10 гл), против 16,7% (6 гл) на другом глазу.

При средней степени близорукости (17б-х, 33гл.) с уменьшением линейного кровотока (Vp,Vd) в ПА с одной стороны у 33% (11гл), отклонения этих показателей в ГА соответственно выявлены у 25% (8гл.), против 20,8% (6гл); понижение средней скорости кровотока (Vm) в ГА на пораженной стороне ШОП выявлено вдвое чаще (16,7% против 8,3%).

При высокой степени миопии (17б-х, 34гл.) на стороне с более выраженной патологией ШОП со снижением кровотока (Vp,Vd) в ПА у 31,4% (11гл), соответственно выявлено понижение кровотока в ГА с одноименной стороны у 27,8% (9гл.) против 16,7% (5гл.)

Частота отклонения в гемодинамических показателях (Vp) в ПА, ВСА, и ГА при асимметричных поражениях ШОП при III—IVст. отражена в рис. №1.

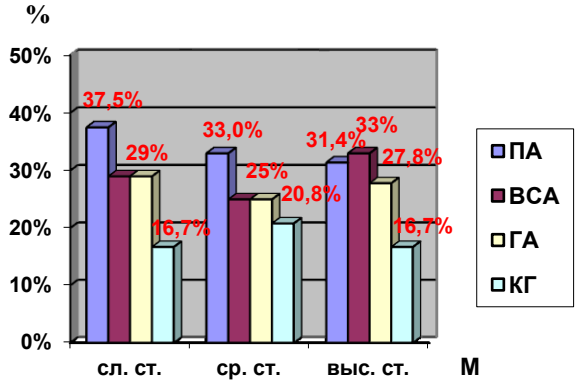


Рис. 1 Частота отклонений гемодинамических расстройств (Vp) в ПА, ВСА и ГА при асимметричных поражениях III-IV ст. патологии ШОП.

Достоверных отклонений в гемодинамических показателях (Vp, Vd, Vm) в ГА между глазами с близорукостью при асимметричных патологиях ШОП I—II ст. не выявлено.

Представляет интерес частота расстройств зрачковых функций между глазами у больных с близорукостью различной степени при асимметричности ШОП.

При слабой степени миопии среди пациентов с III—IVст. патологии ШОП, на

стороне поражения увеличение времени вызванного зрачкового цикла (ВВЗЦ) выявлено у 18,7% (5гл) против 10,4% (3гл); при средней степени— у 25% (6гл) против 4,2% (1гл).; при высокой степени близорукости— у 20,4% (7гл.) против 14,6% (5гл).

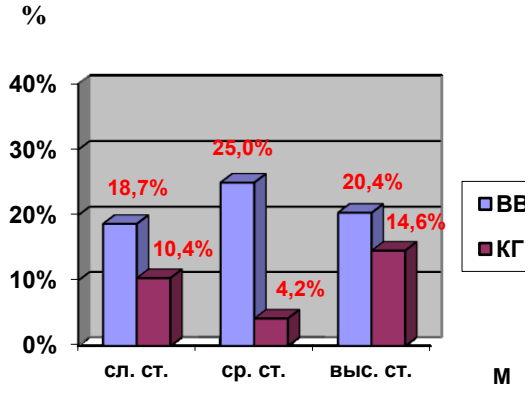


Рис. 2. Частота нарушения зрачковой функции (ВВЗЦ) при асимметричных поражениях III-IV ст. патологии ШОП.

Частота нарушения зрачковой функции (ВВЗЦ) более выражена на стороне поражения ШОП при III—IVст. (рис. №2).

Выводы: Таким образом, выявленная частота нарушений гемодинамики в ГА и зрачковой функции (ВВЗЦ) на стороне поражения ШОП при III—IV ст., свидетельствует о том, что патология ШОП является одним из факторов, способствующих прогрессированию миопии.

Литература:

1. Ху Данин «Близорукость, нарушения рефракции, аккомодации и глазодвигательного аппарата». Труды Международного симпозиума, М.,2001, с.90-93
2. Федоров С.Н. с соавт. «Допплерографические данные о состоянии гемодинамики глаз у детей с врожденной и приобретенной близорукостью до и после склеропластики» ОЖ, 1985, №5, с.50-53
3. Фетисова А.А. «Регионарная гемодинамика глаза при осевой миопии». Автореф.дисс….канд.мед.наук, М.,1980, с.25.
4. Березина Т.Г., Ратуш А.М. «Неврологические аспекты проблемы близорукости у детей». Сб.науч.тр.: Перинатальная неврология, Казань, 1983, с.142-144.
5. Кузнецова М.В. «Причины развития близорукости и ее лечение», М.,2004
6. Молотилова Т.Г. «Клиника, диагностика и лечение натальных повреждений спинного мозга у детей».Автореф. дисс….канд.мед.наук., Казань,1977.
7. Ратнер А.Ю. «Поздние осложнения родовых повреждений нервной системы», Казань,1990, с.309.
8. Асаналиев Н.А., Усенко В.А., Оценка зрачковых рефлексов при близорукости. / 2002, Сб. « Акт. проблемы офтальмологии » С.4-9.
9. Miller S.D., Thomson H.S. / Brit.J.Opthtalm. – 1978, 62.-7.-495-500
10. Загородный П.И. с соавт., 1980, «Реабилитационное лечение при спондилогенных заболеваниях нервной системы».

СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ И КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Бокчубаев Э.Т., Анарбай уулу Нурбек

КГМИПиПК

Резюме: В данной статье впервые представлена часть материалов комплексного научного исследования автора, посвященного анализу психического здоровья населения и совершенствованию психиатрической службы Ошской области нашей республики.

В наших предыдущих наших научных статьях (статьи опубликованы в 2011 и 2012 годах) мы представили результаты изучения структуры и динамики заболеваемости психическими расстройствами населения Ошской области Кыргызской

Республики за период 2009-2011 год. Другим интересным фактом, установленным в нашем исследовании, был уровень распространенности психических патологий среди общесоматических больных. При этом доказано, что в исследуемом регионе частота распространенности психиатрических и психогенных патологий среди больных соматического профиля была значительная и разнообразная.

С учетом данных некоторых исследователей (1-3), которые доказали необходимость комплексного подхода анализу современного состояния психиатрической службы далее для получения более углубленной оценки состояния психического здоровья населения, во-первых, нами проведен сравнительный анализ объединенных (т.е. общеобластных) показателей полноценности деятельности психиатрической службы (уровень нагрузки врачей психиатров или психотерапевтов по их штатными нормативами в исследуемой организации здравоохранения конкретного района) с эпидемиологическими данными по данному району. Эпидемиологические показатели включали в себе психического расстройства, психогенных патологий и общей инвалидности, а также суицидов и общественно опасных действий среди больных.

Результаты анализа позволили выявить значительную степень дифференциации организации здравоохранения области по количественным и динамическим характеристикам изученных показателей. Исходя из предположения о достаточно выраженном влиянии кадрового потенциала психиатрической службы на показатели психического здоровья населения, была осуществлена типизация районных организаций, где имеются элементы психиатрической службы, отражающая взаимодействие этих двух индикаторов (табл. 1).

Таблица 1. - Показатели (на 100 тыс. населения), характеризующие уровень психического здоровья в организациях здравоохранения (ООБ, ЦСМ и ТБ) Ошской области с разным уровнем развития психиатрической службы

Тип организации здравоохранения по районам	Психические расстройства	Психогенные патологии	Инвалидность	Общественно опасные действия	Суициды
Организация, где врач-психиатр занимает полный штатные нормативные единицы	3405,7	788,3	644,8	4,7	18,6
Организация, где врач-психиатр работает на 0,5 ставки	2109,3	350,5	1013,1	4,9	46,3
Врач-психиатр работает на 0,25 ставки	1710,0	175,2	1726,7	7,7	78,7
Организация, где не имеются штатные единицы для врачей психиатров	1610,5	71,3	1955,9	9,8	181,8
Средние эпидемиологические показатели по области	3270,8	577,2	715,6	4,8	21,2

Выявлено, что в тех организациях здравоохранения, где кадровое обеспечение психиатрической службы было достаточным и стабильным (наличие полноценной деятельности психиатрической службы), индикаторы, характеризующие состояние психического здоровья населения, в основном, соответствовали общеобластным тенденциям. В районах же области с недостаточным кадровым обеспечением (совместители на 0,5 или 0,25 ставки), а тем более с наличием вакантных ставок врача-психиатра, показатели значительно отличались от средних данных по области. Так, в районах области с полноценным приемом в психиатрических кабинетах, уровень заре-

гистрированных психических расстройств и их первичного выявления был выше, а показатели инвалидности, общественно опасных действий и самоубийств среди психически больных ниже, чем в организациях здравоохранения с недостаточным кадровым обеспечением. Полученные данные позволили сделать заключение о прямом воздействии ресурсного обеспечения системы оказания специализированной помощи на состояние психического здоровья населения.

Второе направление нашего исследование включало проведения комплексной оценки сети стационаров области, имеющихся психиатрические койки и оказывающих специализированную помощь лицам, страдающим психическими расстройствами, а также районных ЦСМ, где осуществляется амбулаторное обслуживание психиатрических больных за последние пять лет года (2006-2011гг.).

Результаты проведенного исследования показали, что с 2006 по 2011гг. коечный фонд областной психиатрической больницы сократился на 28,9% (с 1435 коек в 2006г. до 1020 – в 2011г.). Вместе с тем, обеспеченность населения психиатрическими койками – 12,0 на 10 000 населения. Среднегодовая занятость койки составляли 325,5 и 346,9 дней в 2006г. и 2011 годах. Средняя длительность лечения больного уменьшилась с *59,5* дней в 2006г. до *53,1* дня в 2011г.

Основные направления деятельности психиатрического стационара во многом определяются клиническими характеристиками больных, проходящих лечение в его отделениях.

Оценка нозологической структуры поступлений больных в психиатрический стационар, проведенная за 2006-2011гг., позволяет констатировать произошедшие за это время серьезное перераспределение долей госпитализаций пациентов в нескольких клинических группах.

Так, в 2006 году первые 3 нозологические группы по количеству госпитализаций распределились следующим образом: «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ» - 36,1%, «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» - 34,4%, «Невротические и соматоформные расстройства» - 8,5%, составив в сумме – 79,0% от всех поступлений в психиатрический стационар.

В 2011 году первые три по количеству поступлений клинико-нозологические группы выглядели следующим образом: «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» - 40,2%, «Органические психические расстройства» - 30,5%, «Умственная отсталость» - 11,5%, составив в сумме 82,2% от всех госпитализаций.

Приведенные данные свидетельствуют о качественном изменении структуры пролеченных больных и их перераспределении в сторону преобладания более тяжелых клинико-нозологических форм, таких как шизофрения, органические заболевания головного мозга, особенно старческого возраста и умственная отсталость.

За исследуемый промежуток времени в 1,85 раза выросло число повторных госпитализаций в отчетном году: с 18,5% в 2006 году до 34,3% в 2011 г., что говорит о недостаточной преемственности в оказании стационарной и амбулаторной психиатрической помощи, усилении социальной дезадаптации наблюдаемого контингента больных, недостаточном использовании современных психотропных препаратов и программ по психосоциальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами. Значительно уменьшилось (в *1,4* раза) число больных, впервые госпитализируемых в психиатрический стационар: с 36,1% в 1995г. до 26,0% в 2004г., что подтверждает перераспределение пациентов психиатрической службы в сторону преобладания хронических форм психических заболеваний над острыми. Изучение исходов госпитализаций в динамике за 1995-2004гг. показало, что доля больных, выписанных в состоянии «выздоровления» сократилась в 3,3 раза (с 12,3% в 2006г. до 3,7% - в 2011г.), что также может быть связано с качественным изменением состава пролеченных больных и преобладанием более тяжелых клинико-нозологических форм психических расстройств.

Основная функциональная нагрузка по

лечению, наблюдению и проведению мероприятий по психосоциальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами, приходится на амбулаторное звено региональной службы психического здоровья.

Внебольничная специализированная помощь больным психическими заболеваниями в районах оказывается в психотерапевтических кабинетах в ЦСМ районов.

В процессе проведения исследования, в амбулаторном звене областной службы психического здоровья выявлен ряд серьезных негативных тенденций: с 2006-2011 гг. неуклонно сокращалось число психиатрических кабинетов в районах области и за исследуемый период времени число обращений к врачам психиатрам, ведущим амбулаторный прием, снизилось на 73,6%. Количество мест в дневных стационарах оставалось самым низким (15 коек), составляя в среднем всего лишь 8,5% от необходимых для эффективного выполнения стационарзаменяющих функций; число пролеченных больных в дневных стационарах уменьшилось на 83,2 %.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительном снижении целого ряда показателей, отражающих эффективность (качество) деятельности стационарного и внебольничного звеньев региональной службы психического здоровья.

Обеспеченность населения области врачами-психиатрами в 2011г. составила 0,77 на 10 000 населения, что на 25% ниже средних данных по Кыргызской Респблике (КР – 1,14 на 10 000 населения) и не отражает реальной обеспеченности специалистами жителей сельских районов области.

Укомплектованность областной службы психического здоровья врачами-психиатрами составляет 63,1%, психотерапевтами – 9,6%, медицинскими (клиническими) психологами – 25,7%; единичные ставки заняты специалистами по социальной работе, что значительно затрудняет внедрение полипрофессионального ведения больных в области.

Анализ уровня квалификации специалистов показал, что в целом более 65,0% врачей-психиатров имеют квалификационные категории, в том числе 24,2% - высшую, 16,7% - первую и 24,2% - вторую.

Таким образом, результаты исследования кадровых ресурсов и уровня квалификации сотрудников областной службы психического здоровья свидетельствует о высокой степени концентрации наиболее квалифицированных специалистов в областном центре (г.Ош). В сельских образованиях здравоохранения кадровая обеспеченность и профессиональный уровень врачей-психиатров значительно ниже. Приведенные аргументы негативно отражаются на доступности и качестве оказываемой специализированной помощи жителям сельских районов, что коррелирует с более низкими показателями их состояния психического здоровья.

Список использованной литературы

1. Гульдан В.В., Назаренко Ю. В. «Психиатрическая служба в системе здравоохранения: состояние и перспективы» // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2001. №5.С. 9-11.
2. Дмитриева Т.Б. «Направление государственной политики в области охраны и укрепления психического здоровья //Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2009. №8.С. 12-16.
3. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А., Ротштейн В.Г., Евтушенко В.Я. Социально-экономические проблемы службы психического здоровья // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2003. № 3. - С. 16-18.

ПРОБЛЕМЫ БЕЗОПАСНОСТИ В АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

Исмаилова У.А., Герасимов Э.М., Шерова А.А.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Резюме: Проблема безопасности анестезиологических пособий актуальна всегда, т.к. даже низкие показатели анестезиологических осложнений могут привести к тяжелым последствиям, включая юридические, осложнения анестезии остаются теми же, что и много лет назад. Их можно разделить на две группы – обстоятельства и ошибки. Мировая анестезиологическая политика доказала, что уменьшения осложнений можно добиться введением протоколов анестезиологических пособий и стандартов мониторинга. Наиболее известным является Гарвардский стандарт. С 2007 года ВОЗ инициировала компанию «Безопасная хирургия спасает жизнь», в рамках которой был разработан «Контрольный лист хирургической безопасности», который приводится в статье в нашем переводе на двух языках. Отсутствие республиканских стандартов безопасности анестезиологических пособий делает жизнь анестезиологов более трудной и их разработка и внедрение являются актуальными задачами нашего времени.

Ключевые слова: анестезиологическая безопасность, стандарты мониторинга, контрольный лист хирургической безопасности

Анестезия – ужасно простая вещь,
но когда что-то идет не так,
она становится просто ужасной
(Афоризм английских анестезиологов)

В современной медицине анестезиология это специальность, на которой базируется успехи современной хирургии, разнообразные инвазивные, порой опасные, процедуры. Сама по себе анестезиология не излечивает больных, а только помогает в лечебном процессе, используя при этом и опасные препараты и сложную аппаратуру.

Одним из парадоксов жизни нашего общества является то, что требуя от медицины улучшения её, внедрения новых и сложных методов обследования и лечения, пациенты и их родственники, подчас подогреваемые СМИ, становятся все более агрессивными по отношению к медицинским работникам, не принимая и не прощая им ни осложнений, а тем более летальных исходов. И все чаще объектом этой агрессии становятся анестезиологи, которым приписывается «смерть от наркоза», хотя и до настоящего времени нет общепринятого понятия «анестезиологическая смерть».

Несмотря на то, что современная анестезиология является специальностью с низкой периоперационной летальностью, причины смерти и тяжелых, подчас летальных осложнений остаются теми же, что и много лет назад: аспирация желудочного содержимого, обструкция дыхательных путей, передозировка или ошибка введения препаратов, недостаточный мониторинг, неадекватное наблюдение за больным, стажерами. Подтверждением этому может служить и наш личный опыт рецензий, отчетов заведующих отделениями, отчетов аттестуемых врачей. Вопрос в том, насколько верить этим отчетам. Как правило, возникшие осложнения своевременно диагностируются и хорошо лечатся, а летальных осложнений практически не бывает, за очень редким исключением, когда они становятся достоянием общественности. Но как бы то ни было, все причины можно разбить на две большие группы: обстоятельства и ошибки.

Обстоятельства включают основное и сопутствующие заболевания, реакцию на вводимые препараты, кровопотерю, злокачественную гипертермию, недостаточный мониторинг, ургентность ситуации, взаимоотношения хирург-анестезиолог, степень усталости и т.д. Ошибка - неудача в выполнении запланированности последовательности действий, как умственных, так и физических, когда неудачу нельзя приписать случайности. Если в структуре ошибки присутствует человеческий фактор, то ошибка определяется как человеческая ошибка, а

они составляют как составной фактор больше 82% всех критических инцидентов. Ошибки бывают явные, происходящие на уровне оператора и проявляющиеся немедленно и скрытые, проявляющиеся через какой-то временной промежуток. Скрытые ошибки есть во всех сложных системах (наркозный аппарат, респиратор). Какой же выход из создавшейся ситуации? Все исследователи, занимающиеся этой проблемой, видят путь к повышению безопасности анестезий в упрощении и стандартизации процессов проведения анестезиологических пособий

В мировой практике давно определены принципы поддержания стандартов и в условиях конкретной клиники наиболее важными являются:

1. Стандарты мониторинга
2. Протоколы проведения анестезиологического пособия.

Что касается протоколов проведения анестезиологических пособий, то согласно приказа МЗ КР за № 767 от 12 ноября 2009 года были официально введены два варианта протоколов анестезиологических пособий, заполнение которых является обязательным на всей территории республики во всех ЛПО, где проводятся хирургические манипуляции. Там, где по-прежнему занимаются «самодеятельностью», то в этом виновата администрация больницы и заведующие отделениями анестезиологии.

Что касается стандартов мониторинга, то это очень большая проблема, не связанная напрямую с возможностями анестезиолога.

Наиболее известный стандарт, так называемый Гарвардский стандарт, принятый в 1985 году, регламентирующий набор мониторируемых показателей в зависимости от объема операции и метода анестезии.

Рамки статьи не позволяют дать полный обзор этого стандарта. В нем предложены как общие требования, так и стандарты основного анестезиологического мониторинга, а также стандарты ведения после анестезии. Исполнения этих стандартов является обязательным для всех американских анестезиологов. Они позволили значительно снизить как число анестезиологических осложнений, так и число судебных исков.

В январе 2007 года Всемирный альянс за безопасность пациентов ВОЗ (World Alliance for Patient Safety)инициировал вторую глобальную компанию по обеспечению безопасности пациентов (Second Global Patient Safety Challenge), в которой основное внимание уделялось повышению безопасности хирургического вмешательства. Новая инициатива получила название Safe Surgery Saves Lives «Безопасная хирургия спасает жизни».

В рамках данной инициативы был разработан «Контрольный лист хирургической безопасности», охватывающий ключевые моменты обеспечения безопасности пациента в операционной и представляющий собой продукт совместной работы более чем 200 агентств, профессиональных организаций и министерств здравоохранения, участвующих в организации хирургической помощи в различных странах.

При разработке данного «Контрольного листа…» эксперты рассматривали факторы, имеющие наибольшее значение для обеспечения безопасности больных, которые и были включены в финальный документ.

Концепция «Контрольного листа» очень проста: вопросы направлены на проверку трех этапов операционного периода – до индукции анестезии (**Sign In**), от индукции до разреза кожи (**Time Out**) и, наконец, перед отправкой пациента из операционной (**Sign Out**).

На первом этапе персонал операционной подтверждает, тот ли пациент подан в операционную, наличие информированного согласия на операцию и маркировки области вмешательства.

Безопасность анестезии подтверждают в ходе проверки деталей, касающихся соблюдением пациентом «голодного и безводного» режима перед операцией, оценки «трудных» дыхательных путей, эффекта премедикации, наличия необходимых медикаментов и исправности оборудования.

Особое внимание уделяют пульсоксиметрии, которую рекомендуют применять априори при любом анестезиологическом пособии, так как считается, что использова-

ние этого вида мониторинга позволяет избежать многих смертей.

Для оптимизации действий хирургической бригады на втором этапе считают необходимым, чтобы медицинский персонал операционной знал друг друга по имени и представлял роли и обязанности всех членов команды, проверял наличие и исправность необходимого оборудования и контролировал, тот ли пациент подан в операционную.

На третьем этапе осуществляют подсчет перевязочного материала, инструментов, проверяют забор образцов для гистологического исследования и обсуждают план послеоперационного ведения пациента. Мы предлагаем варианты перевода контрольного листа применительно к нашим условиям на государственном и официальном языках. (Приложение №1, Приложение №2)

Так как условия работы в каждой стране и в различных ЛПО разные, то этот листок может быть адаптирован к местным условиям, что мы и попытались сделать.

По данным многих ЛПО в разных странах использование контрольного листка позволило более четко и организованно проводить ответственный этап лечебного процесса, снизить интраоперационную летальность и уменьшить частоту анестезиологических осложнений.

Вопрос анестезиологической безопасности в нашей республике очень актуален. У нас нет единого утвержденного стандарта, что связано в основном с недостаточной технической оснащенностью отделений анестезиологии. В то же время, нельзя сказать, что во время операций никакого мониторирования не ведется. Везде в протоколах анестезиологических пособий регистрируются данные артериального давления, пульса, практически везде регистрируется насыщение крови кислородом (SO_2). Там, где есть кардиомониторы есть возможность записывать ЭКГ при необходимости измерять t^o тела.

По мере оснащения отделений анестезиологии карбометрами, Bis – мониторами, количество их показателей, характеризующих состояние пациента, будет увеличиваться, что позволит разработать свои стандарты безопасности анестезии, опираясь на мировой опыт.

Литература.

1. Вильсон Я., Уолкер И. Контрольный лист ВОЗ – безопасность хирургического вмешательства/ Пер. с англ. Е.Л. Непорада // Update in Anaesthesia. - 2009. – Вып. № 14. – С. 5-6.
2. Контрольный лист безопасности хирургического вмешательства ВОЗ: Руководство по внедрению // Update in Anaesthesia.- 2009. – Вып. № 14. – С. 7-10.
3. Минимальный обязательный стандарт мониторинга в анестезиологии и интенсивной терапии // Материалы «Первой согласительной конференции по стандартам мониторинга в анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии», Москва, 30 января 2009 г. // Альманах анест. и реаним. – 2009.- № 8 – С. 5-6.

Приложение №1

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ БЕЗОПАСНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Исходные данные	Вмешательство	Окончание
Подтверждены: Личность пациента Область вмешательства Тип вмешательства Наличие информированного согласия **Область вмешательства отмечена** (неприменимо) **Проверка безопасности анестезии выполнена** **Пульсоксиметр установлен и функционирует нормально** **Имеются ли у пациента:**	**Известны имена и роль всех специалистов операционной бригады** **Хирург, анестезиолог и медсестра-анестезистка устно подтвердили** Имя пациента Область вмешательств Тип процедуры **Ожидаемые критические события** *Хирурги:* критические этапы вмешательства, действия в	**Операционная медсестра вслух подтверждает:** Название завершенной процедуры Отсутствие изменений в количестве инструментов, салфеток и игл (или не воспользовались) Регистрация забранных образцов (включая имя пациента и диагноз) Проблемы с оборудованием, которые необходимо устранить **Хирург, анестезиолог, врач**

Указания на аллергию в анамнезе? Да Нет **«Трудные» дыхательные пути или риск аспирации?** Нет Да (необходимое оборудование готово, ассистенты доступны) **Риск кровопотери >500 мл (>7 мл/кг у детей)** Нет Да (подготовлены венозный доступ и инфузионные среды)	непредвиденных ситуациях, продолжительность вмешательства, ожидаемая кровопотеря *Анестезиолог:* особенности анестезии у данного пациента *Медсестры:* подтверждение стерильности оборудования и материалов (в том числе индикаторы стерильности). Особенности оборудования, исправность аппаратуры **Было ли в течение последнего часа выполнено профилактическое введение антибиотика?** Да Нет необходимости **Представлены необходимые снимки?** Да Нет необходимости	**палаты интенсивной терапии обсуждают ключевые моменты пробуждения пациента и ведение послеоперационного периода**

Приложение №2

ХИРУРГИЯЛЫК КИЛИГИШҮҮ КООПСУЗДУГУНУН ТЕКШЕРМЕ БАРАКЧАСЫ

Баштапкы маалыматтар	Кийлигишүү	Аякталышы
Аныкталды Пациенттин ким экени Кайсы жерине кийлигишкени Кийлигишүүнүн тиби Маалымат алып, макулдугун бергени бар экени **Кайсы жерине кийлигишкени белгиленгени** (колдонгонго болбойт) **Анестезиянын коопсуздугун текшерүү аткарылганы** **Пульсоксиметрдин коюлганы жана нормалдуу иштеп жатканы** **Пациенте бар бекен:** **Анамнезге аллергиясы көрсөтүлгөнбү?** Ооба Жок **Дем алуу жолдорунун кыйындыгы же аспирация болуу коркунучу** Жок Ооба (зарыл жабдуулар даяр, ассистенттер жанында) **Кан көп кетүү коркунучу >500 мл (балдардыкы >7 мл/кг)** Жок Ооба (инфузиондук чөйрө жана венага кирүү мүмкүнчүлүгү даярдалган)	**Операциялык бригададагы адистерди баарысынын ролу жана аттары белгилүү** **Хирург, анестезиолог жана анестезист-медайым оозеки ырасташты** **Пациенттин атын** **Кайсы жерине кийлигишерин** **Процедуранын типтерин** **Күтүлүүчү кыйын окуялар** *Хирургдар:* кийлигишүүнүн кыйын этаптары, күтүүсүз кырдалдагы аракеттер, кийлигишүүнүн узактагы, канча канн жоготору күтүлгөн *Анестезиолог:* ушул пациенттин анестезиясынын өзгөчүлүгү *Медайымдар:* материалдардын жана жабдуулардын тазаланганын (ошондой эле тазалангандыктын индикаторлорунун) ырастоо. Жабдуулардын өзгөчүлүгү, аппаратуралардын бузук эместиги. **Акыркы саатарда профилактикалык максатта антибиотиктер берилди беле?** *Ооба* *Зарылчылыгы жок* **Зарыл сроттор көрсөтүлгөбү?** *Ооба* *Зарылчылыгы жок*	**Операциянын медайымы оозеки ырастады:** Аякталган процедуранын аталышын Аспаптардын, салфеткалардын жана ийнелердин санында өзгөрүү болбогонун (же пайдаланылбаганын) Алынган үлгүлөрдүн каттылышын (пациенттин атын жана диагнозун) Чечүүгө зарыл жабдуулар проблемасын Хирург, анестезиолог, интенсивдүү терапия палатасынын врачы пациенттин эсине келген маанилүү учурларын жана операциядан кийинки мезгилде эмне кылуу керектигин талкуулашат

УДК 616.831-001.34+ 616-08+616.831-008.6+616.13-002.2

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПАНКРЕАТОГЕННОГО СЕПСИСА

Молдоташова А.К., Турдушева Д.К., Бошкоев Ж.Б.
КГМИПК и ПК, кафедра анестезиологии-реаниматологии ФУВ, Бишкек,

Ключевые слова: Панкреатогенный сепсис интегральные оценочные шкалы APACHE (I, II, III), Ranson, SAPS II, MPM, комы Glasgow, MODS, SOFA, LODS**.**
Key words: Sepsis, integral scales APACHE (I, II, III), Ranson, SAPS II, MPM, Glasgow, MODS, SOFA, LODS.

Введение. Панкреатогенный сепсис часто сопровождается быстрым развитием полиорганной недостаточности. Для объективизации оценки тяжести состояния предложены различные интегральные оценочные шкалы APACHE (I, II, III), Ranson, SAPS II, MPM, комы Glasgow, MODS, SOFA, LODS, которые не в полной мере отражают быстрое изменение состояния пациентов, что ограничивает возможность их использования для индивидуального планирования терапии сепсиса. Возможность объективизации и рационального планирования синдромной терапии может повысить эффективность лечения таких пациентов.

Цель исследования. Разработка мониторинга изменяющегося состояния пациента с помощью стандартных клинических параметров и результатов лабораторно-инструментальной диагностики, учтённых в других оценочных шкалах для определения приоритетов планируемой синдромной терапии.

Материалы и методы. Дан анализ результатов лечения 24 больных панкреатогенным сепсисом 8 мужчин и 16 женщины в возрасте 47,5±4,7 лет, находившихся в реанимационном отделении НГ КР в 2004 - 2012 гг. Панкреонекроз у 6 пациентов были алкогольный, у 5 – послеоперационный, у 4 - билиарный, у 5 - посттравматический.

У 12 пациентов проведен ретроспективный анализ изменений клинических, инструментальных и лабораторных показателей центральной гемодинамики, респираторной, мочевыделительной и центральной нервной системы, ЖКТ, прокальцитонинового и паракоагуляционных тестов, уровня глюкозы и лактата плазмы. Степень недостаточности каждого критерия определяли в баллах согласно SAPS II и SOFA. Это позволило конкретизировать степень функциональной состоятельности ведущих регуляторных систем и разработать подходы к выделению приоритетов планируемой синдромной терапии, апробированные у 12 пациентов проспективной репрезентативной группы исследования. Статистическая обработка результатов проведена при помощи пакета программ SPSS-12 и Statistika - 6 с расчётом среднеквадратичного отклонения и t-критерия Стьюдента.

Результаты. Приоритеты терапевтической программы: (показания и параметры респираторной поддержки, объём и компоненты инфузионной терапии, сроки начала и объём энтеральной гидратации, необходимость повторной хирургической санации очагов инфекции или смену антибактериальных препаратов) определяли соответственно результатам расчетов, выявляющих регуляторную систему с наибольшим количеством баллов её функциональной недостаточности. При наличии одинаковой тяжести поражения нескольких систем коррекцию проводили в следующей последовательности: устранение респираторного дистресс-синдрома, гемодинамических нарушений, энтеропатии и ДВСК-синдрома. Апробация разработанной системы мониторинга позволила уменьшить летальность с 6 (41,1%) до 2 (16,6%).

Заключение. При панкреатогенном сепсисе быстрое развитие функциональной недостаточности регуляторных систем предопределяет необходимость их целенаправленной этапной коррекции, эффективность которой может быть существенно улучшена посредством использования предложенной системы мониторинга.

УДК 616.831-001.34+ 616-08+616.831-008.6+616.13-002.2

ЛЕГОЧНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛЕГКИХ И СЕРДЦА

Молдоташова А.К., Турдушева Д.К., Бошкоев Ж.Б.

КГМИПК и ПК, кафедра анестезиологии-реаниматологии ФУВ, Бишкек

Ключевые слова: газообмен в легких, внутригрудное давление (ВГД), транспульмональное давление (ТПД).
Key words: pulmonary oxygenation, acute respiratory distress syndrome

Полноценный газообмен в легких осуществляется при соответствии вентиляции, перфузии и диффузии в легочной единице. Малый круг кровообращения (МКК) последовательно включен в систему циркуляции и кровоток в нем равен кровотоку в Большом круге (БКК), т.е. сердечный выброс (СВ) правого желудочка (ПЖ) и левого желудочка (ЛЖ) сердца в норме равны (с незначительной поправкой на кровоток по тибезиевым венам и бронхиальным сосудам). Это – закон кровообращения.

МКК является частью системы внешнего дыхания и обеспечивает между всей поступающей в него венозной кровью и альвеолярным пространством. Протекая по альвеолярным капиллярям, венозная кровь превращается в артериальную, а газовый состав (ГС) ее становится таким же, как – альвеллярного воздуха. Окончательный ГС артериальной крови зависит от (не)равномерности распределения V/Q отношений (K. Falke, K.Lawendowsky).

МКК имеет ряд существенных морфологических и функциональных отличий от БКК: Большую податливость сосудов; Более низкое (примерно 8-10 раз) сосудистое сопротивление (100-250 дин· с· см $^{-5}$), которое снижается при повышении давления; Более низкое перфузионное давление систДЛА = 15-25 мм рт ст., диастДЛА=8-15, срДЛА=10-20, давление в легочных капиллярах, или давление заклинивание или окклюзионное давление оклДЛА=6-12 мм рт ст.; Специфическую анатомию и физиологию ПЖ, опеспечивающего квази-постоянный поток крови из правого предсердия (ПП) в МКК, (ДПП= 0-7 мм рт ст., сист ДПЖ = 15-25, диастДПЖ=0-8).

В МКК различают: а) «экстраальвеолярные сосуды» - артерии и вены, находящиеся в лёгочном интерстиции; на них действует наружное (экстрамуральное) давление, т.е. сила, с которой паренхима растягивает стенки сосудов при увеличении объема лёгких и

б) «альвеолярные сосуды» - микрососуды в межальвеолярных перегородках (капилляры, венулы), для которых экстрамуральным давлением является альвеолярное давление (Рд).

Изменения внутригрудного давления (ВГД), транспульмонального давления (ТПД) и объёма воздуха в альвеолах, происходящие при вентиляции лёгких, существенно, но не обязательно равно направлено, влияют на кровообращение. Увеличение объёма легких влияет на величину и распределение сопротивления лёгочных сосудов (СЛС). СЛС минимально на уровне функциональной остаточной ёмкости (ФОБ), т.е. при спокойном выдохе; при низком объёме СЛС увеличено из-за сужения экстраальвеолярных сосудов, при высоком - из-за растяжения и сужения - альвеолярных (капилляров); на геометрию и функцию сердца (постнагрузка ПЖ); на тонус автономной иннервации - подавляется вагусная активность, что приводит к увеличению ЧСС (феномен Апгер) и дыхательной синусовой аритмии.

Изменения ВГД влияют на: градиент давления, обеспечивающий венозный возврат; градиент давления, обеспечивающий выброс из ЛЖ (постнагрузка ЛЖ).

Раздувание легких всегда сопровождается увеличением ТПД (Ртр = Рд-Ри), соответственно возрастает градиент

экстрамурального давления между альвеолярными и экстраальвеолярными сосудами.

Ещё одной особенностью лёгочного кровообращения является его гравитационная неравномерность. Из-за вертикального гидростатического градиента кровоток в нижних отделах легких выше, чем в верхних. Согласно концепции J.B. West различают три лёгочные зоны: Зона 1 (верхушки) - давление в артериях ниже альвеолярного ($P_A>P_a>P_v$) и кровоток отсутствует (практически в норме такой зоны нет; она реализуется при гиповолемии, шоке, ИВЛ и некоторых других патологических ситуациях). Зона 2 (середина) - альвеолярное давление ниже артериального, но выше венозного ($P_a>P_A>P_v$), поэтому кровоток определяется артерио-альвеолярным градиентом, а не, как обычно, - артериовенозным (эффект «водопада», резистор Старлинга). Зона 3 (нижние отделы) - альвеолярное давление ниже венозного ($P_a>P_v>P_A$) и не оказывает влияния на кровоток.

Эта особенность играет важную роль в позиционной терапии больных с ОПЛ/РДС. Помимо физических факторов важную роль в регуляции лёгочного кровообращения играют гуморальные механизмы. При снижении РдОа происходит активное сужение сосудов в гипоксической зоне (гипоксическая вазоконстрикция) - рефлекс Эрля-Лильештрадта. Этот рефлекс является, с одной стороны, важным фактором в развитии лёгочной гипертензии при ОПЛ, а с другой, - компенсаторным механизмом сокращения внутрилёгочного шунтирования и уменьшения артериальной гипоксемии.

ИВЛ оказывает многостороннее и разнонаправленное влияние на кровообращение - на функцию ПЖ и ЛЖ, на легочные сосуды. Так, например, адекватно подобранный PEEP увеличивает оксигенацию альвеол, сокращает тем самым гипоксическую вазоконстрикцию и, вопреки распространенному представлению, снижает постнагрузку ПЖ, что приводит к увеличению сердечного выброса. При подборе режимов и параметров респираторной поддержки у больных с ОПЛ/РДС необходимы полноценный мониторинг гемодинамики, понимание механизмов и предвидение гемодинамических реакций.

Литература

1. Howell JBL, Permutt S, Proctor DF, et al. Effect of inflation of the lung on different parts of the pulmonary vascular bed. J Appl Physiol 16: 71-76, 1961.
2. Comroe JH Jr, Forster RE II, DuBois AB et al. The Lung: Clinical Physiology and Pulmonary Function Tests (2d ed.).Chicago: Year Book Medical Publishers, Inc 1962.
3. West JB. Respiratory physiology - The Essentials. 3rd ed. Williams & Wilkins, 1985.
4. Руководство по клинической физиологии дыхания. Под ред. ЛЛ Шика и НН Канаева. Ленинград. Медицина, 1980.
5. Vieillard-Baron A, Schmitt JM, Augarde R, Fellahi JL, Prin S, Page B, Beauchet A, Jardin F (2001) Acute cor pulmonale in acute respiratory distress syndrome submitted to protective ventilation: incidence, clinical implications and prognosis. Crit Care Med 29:1551-1555
6. Pinsky MR. Hemodynamic Effects of Mechanical Ventilation in the Critically 111. in: Shoemaker WC, Thompson WL, Holbrook PR, Grenvik A *(eds.),* Textbook of Critical Care. 2nd Edition. Soc Crit Care Med Chapter 79, pp.676-685, 1988.

УДК 614.812

МЕРОПРИЯТИЯ ПО СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ РАБОТАЮЩИХ НА СОВРЕМЕННЫХ ТАБАЧНЫХ ПРОИЗВОДСТВАХ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРИРОДНОГО И ТЕХНОГЕННОГО ХАРАКТЕРА

Ибраимова Э.Б., Иманбеков С.Т.

**Кыргызско-Российский Славянский Университет,
Факультет архитектуры, дизайна и строительства**

На современном этапе развития здравоохранения одним из важнейших направлений является обоснование мероприятий по снижению уровня заболеваемости среди различных групп населения. Актуальным остается изучение распространенности и факторов риска формирования различных форм патологии у персонала на современных промышленных предприятиях.

В настоящее время табачная промышленность в нашей стране является одной из наиболее развивающихся отраслей пищевой промышленности, а число работников, занятых в данной отрасли, постоянно растёт. Рост профессиональной заболеваемости, работа в тяжелых, вредных условиях табачного производства сопровождается высоким уровнем временной утраты трудоспособности, связанной с производственно- обусловленными заболеваниями [1]. В связи с немногочисленными исследованиями, отражающими динамику заболеваемости рабочих табачного производства, отсутствием должных научно-обоснованных организационных форм этапного амбулаторного медицинского обслуживания кадровых рабочих на местах, решение задачи по предупреждению рисковых ситуаций на производстве является весьма актуальным. Следует отметить, что в комплексе последующих исследований предполагается изучение патогенетических механизмов формирования патологии у работающих при длительном воздействии факторов риска непрерывного табачного технологического процесса. Кроме того, необходимо провести сбор данных и выполнить анализ структуры, уровня и динамики заболеваемости с временной утратой трудоспособности персонала с учетом специфических условий и режима трудовой деятельности на различных предприятиях табачной отрасли. При этом производство (предприятие) следует рассматривать как целый объект и выделить технологические этапы производства, т.е. элементы данного объекта: стадия выращивания - сборка - сушка - фасовка - ферментация - измельчение - смешение - производство табачного продукции - пункты реализации. На каждом из приведенных выше элементов объекта имеют место воздействие факторов риска приводящих к рисковым ситуациям, и как следствие к авариям и ущербам. В последние годы, в связи с полной реконструкцией технологической системы табачного производства, внедрением новых организационно-правовых форм управления и обеспечения безопасности трудовой деятельности, возникла необходимость проведения технического, гигиенического и медико-социального анализа факторов риска, влияющих на формирование заболеваемости среди различных профессиональных групп табачного производства. Рост профессиональной заболеваемости, работа в тяжелых, вредных условиях табачного производства сопровождается высоким уровнем временной утраты трудоспособности, связанной с производственно-обусловленными заболеваниями.

В качестве примера, ранее выполненные исследования свидетельствуют о том, что производственная пыль (в том числе табачная) и ее ингредиенты вызывают поражение органов дыхания, кожных покровов рабочих, что проявляется развитием профессиональных болезней органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы,

системы кровообращения, сопровождающихся временной и стойкой утратой трудоспособности. Многообразное воздействие на организм работающего персонала новых факторов производственной среды, токсических веществ, аллергенов, аэрозолей сложного состава на фоне нарастания информационных нагрузок и психоэмоционального напряжения, способствуют трансформации имеющихся форм профессиональных заболеваний [1]. Изменяется структура профессиональных заболеваний, возрастает удельный вес легко выраженных и стертых форм заболеваний, с учетом степени приоритетности воздействия факторов производственной деятельности при формировании наиболее распространенных заболеваний.

Высоким остается уровень производственного травматизма. Причины производственного травматизма и профессиональных заболеваний в соответствии с данными [2] классифицируются на: технические, санитарно-гигиенические, организационные.

Технические - несовершенство, неисправность ручного инструмента, машин, аппаратов, электрооборудования, несовершенство технологического процесса производства, несовершенство конструкции ограждений, защитных приспособлений и предохранителей устройств, взрывы паровых котлов, сосудов работающих под давлением, взрывы в результате горения материалов. Организационные - неправильная организация труда (неправильный режим работы, чрезмерная продолжительность или интенсивность, длительная неудобное положение тела человека, не соответствует квалификации, не об ученость безопасным методам). Санитарно-гигиенические - недостаточность кубатуры и площади производственных помещений, несоответствие их нормам метеоусловия, атмосферное давление, тепловые излучения, нерационального освещения, наличие отравляющих веществ, шум, вибрация, отсутствие спецодежды, спецпитания, неудовлетворительное состояние бытовых и профилактических помещений [2]. Анализ причин производственного травматизма показывает, что при соблюдении всех требований законодательства по охране труда, внедрению высокой культуру в производство и повседневном надзоре за выполнением работающими безопасных приёмов труда - случаи травматизма не возникают. Несмотря на активную модернизацию технологических процессов при изготовлении табачных изделий, на организм работающих воздействует комплекс неблагоприятных факторов, среди которых преобладают длительное воздействие табачной пыли, наличие постоянного повышенного уровня шума, значительная статическая физическая нагрузка и др. В зависимости от продолжительности работы на данном производстве отмечается увеличение уровня заболеваемости болезней органов дыхания, костно-мышечной системы, заболеваний органов пищеварения, мочеполовой системы и кровообращения. Установлены закономерности формирования патологии в зависимости от тяжести и интенсивности трудового процесса, сменности и режима работы, производственных условий [2]. Существуют особенности формирования патологии органов дыхания и заболеваний уха, горла и носа при длительном (более 5 лет) стаже профессиональной деятельности в основных цехах табачного производства. Воздействие табачной пыли (даже в условиях без превышения предельно-допустимых концентраций), способствует увеличению частоты и длительности заболеваний верхних дыхательных путей, пневмонии, аллергических заболеваний и бронхиальной астмы, фарингита, тонзиллита и др. Следует отметить, что опасными и вредными производственными факторами на табачном производстве являются как технологическое оборудование, так и табачная пыль [1]. В листьях табака содержится 0,7÷6,0% никотина, в табачной пыли 0,7÷2,1% никотина, в пыли ферментационных цехов 1,3÷3,1% никотина. Никотин это яд, действующий в первую очередь на вегетативную нервную систему, на центральную нервную систему и обладает местным раздражающим действием [1]. В легких случаях отравления сопровождаются головной болью, слабостью, учащением или замедлением пульса, сужением зрачков и зудом; в тяжелых случаях возможны бессо-

знательное состояние, бред, одышка, судороги. Хронические отравления могут сопровождаться атрофическими изменениями слизистых оболочек носа, глотки и гортани. Возможны бронхиты, конъюнктивиты, нервные расстройства. Особенно неблагоприятно табачная пыль влияет на организм женщин. У них часто возникают гинекологические заболевания, наступает ранний климакс, ослабевает функция молочной железы. Воздействие табачной пыли проявляется развитием профессиональных заболеваний с временной и стойкой утратой трудоспособности. По субъективным оценкам рабочих основных табачных производств к ведущим неблагоприятным факторам их трудовой деятельности следует отнести постоянное и чрезмерное воздействие шума (до 45,5%), отсутствие возможности свободного перемещения в течение рабочей смены (74,0%), утомительная рабочая поза стоя (73,5%), напряженный ритм и однообразие трудового процесса (69,0%), чрезмерное воздействие табачной пыли (61,3%) и др. [1]. Длительная работа в условиях промышленного воздействия табачной пыли приводит к возникновению иммунодефицитных состояний. Кроме того, выявлены неблагоприятные характеристики основных видов жизнедеятельности, высокий уровень психоэмоциональной напряженности, низкий уровень медицинской и технологической информированности о воздействии на их здоровье основных факторов окружающей и производственной среды, гигиенической грамотности, медико-профилактической активности и установок на здоровый образ жизни.

Результаты медико-социологического анализа свидетельствуют, что по субъективным оценкам наибольшее влияние профессиональные факторы табачного производства оказывают на формирование патологии костно-мышечной системы, болезней органов пищеварения, системы кровообращения, органов дыхания [1].

Большое значение в этиологии заболеваний имеет неблагоприятное влияние фактора сменности (особенно ночной смены), способствующего формированию заболеваний кровообращения (84,5%), патологии органов пищеварения (71,9%), заболеваний мочеполовой системы. При изучении патогенетических механизмов развития заболеваний дыхательных путей было установлено, что под влиянием неблагоприятных производственных факторов в иммунной системе работников происходят адаптационные изменения, направленные на эллиминацию чужеродного антигена. Врождённая предрасположенность к гиперэргическим реакциям обусловливает срыв адаптационных механизмов в первые годы работы и приводит к развитию аллергических реакций I типа и атопической бронхиальной астмы. Истощение нормальных адаптационных механизмов происходит при стаже работы более 10 лет, и при наличии факторов риска приводит к развитию профессиональной астмы, в патогенезе которой основную роль играют реакции III и IV типа, а при сочетании с инфекцией - к развитию смешанной астмы.

В связи с изложенным, важнейшими мероприятиями по снижению уровня заболеваемости среди работающих на современных табачных производствах при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера являются:

1. Совершенствование технологического оборудования и процесса;
2. Разработка системы управления рисками на табачном производстве;
3. Обучение производственного персонала навыкам первой само и взаимопомощи и повышение технологической и трудовой дисциплины;
4. Внедрение гигиенических и лечебно-оздоровительных мероприятий при совершенствовании технологического процесса;
5. Оптимизация системы профессиональной ориентации и профотбора персонала;
6. Осуществление этапного рационального ведение лечебного процесса с мониторингом заболеваемости;
7. Обеспечение качества и доступности разнообразных лечебно-оздоровительных услуг;
8. Сокращение уровня временной утраты трудоспособности и снижение средней длительности нетрудоспособности.

По отношению к выявленным рискам необходимо выполнение следующих действий [4]:

- ликвидация риска (например, за счет устранения фактора влияния);

- уменьшение риска (например, за счет использования дополнительных защитных средств);

- принятие риска (и выработка плана действия в соответствующих условиях);

- переадресация риска (например, путем заключения страхового соглашения).

Поэтому процесс управления рисками должен в обязательном порядке включать следующие этапы [6]:

1. Выбор методики оценки рисков;

2. Идентификация угроз и факторов влияния;

3. Анализ угроз и их последствий, определение уязвимостей в защите;

4. Оценка рисков;

5. Выбор защитных мер;

6. Реализация и проверка выбранных мер;

7. Оценка остаточного риска.

На основании приведенной выше информации, в рамках планирования научно-исследовательских работ, предусматривается изучение закономерности степени заболеваемости среди работающих на современных табачных производствах при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера, а также разработка новых методов управления рисками и принятия конкретных мероприятий по снижению риска и ущерба.

Литература:

1. Божков И.А. Диссертация и автореферат диссертации на тему «Научное обоснование системы гигиенического и лечебно-профилактического обеспечения профессиональной деятельности работающих на современных табачных производствах». - Санкт-Петербург, 2005.
2. Бобкова О.В. Охрана труда и техника безопасности. - М.: 2005 г- 23-37с
3 Постановление Правительства КР № 122. О мерах по реализации Закона Кыргызской Республики "О защите здоровья граждан Кыргызской Республики от вредного воздействия табака" на 2008-2015 годы от 4 апреля 2008 года.
4. Иманбеков С.Т., Бозов К.Д., Вигерина Е.Н., Ордобаев Б.С. Управление безопасностью в кризисных ситуациях природного и техногенного характера. (Учебно-методическое пособие). - Бишкек: КРСУ, 2011. - 84 с.
5. Иманбеков С.Т., Ибраимова Э.Б. Оценка экономического ущерба при чрезвычайных ситуациях. //Научно-информационный журнал «Материаловедение», 2012, № 1, с. 98-109.
6. Иманбеков С.Т., Бозов К.Д., Ордобаев Б.С, Абдыкеева Ш.С. Оценка экономического ущерба от чрезвычайных ситуаций. (Учебно-методическое пособие). Учебно-методическое пособие. - Бишкек: КРСУ, 2013. - 232 с.
7. Постановление Правительства Кыргызской Республики № 733 от 17 ноября 2011 года «Об утверждении Классификации чрезвычайных ситуаций и критериев их оценки в Кыргызской Республике».

УДК 616.831-001.34+ 616-08+616.831-008.6+616.13-002.2

ЧАСТО ВСТРЕЧАЕМЫ ТИПЫ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММ (ЭЭГ) ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Турдубаева Г.Т.

Ключевые слова: ЭЭГ, классификация ЭЭГ, эпилепсия, электроэнцефалограмма, биоэлектрическая активность. Использование новой классификации в анализе ЭЭГ при эпилепсии.
Key words: EEG, classification of EEG, electroencephalogram, electrical activity. New classification of EEG by epilepsia

Актуальность: Чтобы максимально унифицировать и объективизировать процесс обработки нативной ЭЭГ необходима новая классификация типов ЭЭГ для врачей функциональной диагностики. Чтобы исключить неправильные, размытые заключения, которые не только не помогают врачам клиницистам, но и зачастую вводят в заблуждение в правильной диагностике заболеваний головного мозга. Современные компьютерные методы обработки часто путают артефакты с эпилептиформной активностью, сложность полученной картины не позволяет использовать компьютерные виды анализа для клинической интерпретации данных. Многие описания заключений ЭЭГ далеки от желаемых и не отвечают поставленным вопросам к врачу функциональной диагностики./1-6/

Необходима более сжатая форма классификации типов ЭЭГ для врачей функциональной диагностики. В последующем, ознакомив с теми или иными часто встречающимися картинами ЭЭГ при определенных заболеваниях возможна и помощь клиническим врачам в правильной диагностике заболеваний.

Что делает вопрос новой классификации типов ЭЭГ актуальным и просто необходимым для совместной слаженной работы функционального врача и врача клинициста (невропатолога, психиатра, нейрохирурга, нейротравматолога, реаниматолога и т. д.)

Материал и методы исследования: Для оценки функционального состояния головного мозга у обследованных применялся метод электроэнцефалографии (ЭЭГ). Запись ЭЭГ производилась по общепринятой схеме, монополярным, биполярным способом в состоянии покоя, при ритмической фотостимуляции по Ливанову и гипервентиляции в течении трех минут. Клинический анализ результатов исследования биопотенциалов мозга производился по трафарету описания графоэлементов ЭЭГ. В наших исследованиях запись велась на компьютерном электроэнцефалографе МНД 3000А при скорости движения 30мм\с, при чувствительности 10мкв/мм.

Расположение электродов на голове осуществлялось согласно международной системе 10-20%.

Запись ЭЭГ проводили в затемненной экранированной камере. Испытуемый находился в камере в удобном полу - лежачем положении, с расслабленной мускулатурой и закрытыми глазами в состоянии относительной тишины. Проводились пробы с открыванием и закрыванием глаз, проба с гипервентиляцией. Перед началом обследования испытуемому объясняли безопасность проводимой процедуры. Так как необычность обстановки, наличие незнакомой аппаратуры могут явиться комплексом сильных раздражителей, которые способны значительно изменить результаты исследования. Запись начинали через 3-5 минут. После привыкания к обстановке. При регистрации ЭЭГ, у больных соблюдались строго фиксированные и одинаковые условия регистрации, были применены следующие функциональные нагрузки: открывание и закрывание глаз ОГ и ЗГ, РФ - ритмическая фотостимуляция, трехминутная гипервентиляция. Расшифровка ЭЭГ проводилась нами визуально, составление топографических карт по спектру мощности и амплитудному анализу производилось с помощью

компьютера.

Полученные результаты: Для обработки полученных данных использовали 35 наиболее часто встречаемых картин ЭЭГ.

Чтобы проследить частоту неврологических симптомов с эпилептиформными изменениями на ЭЭГ и частоту типов ЭЭГ нами было обследовано 61 больных, в возрасте от 4 до 73 лет, на наличие эпи активности и пароксизмов на ЭЭГ. Больные подразделены на 2 группы. Из них 27 взрослых (18-73года) и 34 детей (от 4 до 17лет). Частота неврологических симптомов показана в таблице № 1 см.ниже

Таблица № 1 - Частота неврологических симптомов у обследуемых больных. (P±m %)

Неврологические симптомы	Взрослые	Дети
	17-73 лет	4-17 лет
Головные боли	29.6±4.5	20.5±4.0
Генерализованные судорожные эпилептические приступы	70.3±4.5	14.7±3.5
Джексоновские приступы	3.7±1.8	2.9±1.6
Абсансы	7.4±2.6	
Обмороки	3.7±1.8	2.9±1.6
Головокружение	11.1±3.1	2.9±1.6
Гиперактивность	17.6±3.7	
Агрессивность	5.8±2.3	
Дискомфорт в общественных местах	5.8±2.3	
Тики	2.9±1.6	
Нарушение сна (сомнамбулизм, кошмары, бессонница)	22.2±4.1	23.5±4.2
Нарушение зрения	7.4±2.6	2.9±1.6
Энурез		11.7 ±3.2
Нарушение речи(заикание)		11.7±3.2
Нарушение памяти и внимания	18.5±3.8	11.7±3.2
Страхи(пугливость)		11.7±3.2
Рвота и тошнота	7.4±2.6	2.9±1.6
Дискомфорт в эпигастрии	3.7±1.8	
Дискомфорт в шейной области	7.4±2.6	
Фебрильные судороги	3.7±1.8	5.8±2.3
Проблемы с учебой		8.8±2.8
Астения	3.7±1.8	5.8±2.3
Вздрагивание	3.7±1.8	2.9±1.6
ДЦП	3.7±1.8	
Снижение настроения (нестабильность)	3.7±1.8	
Боли и ограничение движений в плечевых суставах	3.7±1.8	
Насильственное смыкание век, частое мигание	3.7±1.8	2.9±1.6
Эмоциональная лабильность	3.7±1.8	8.8±2.8
Закатывание		8.8±2.8
Скрежетание зубами во время сна		2.9±1.6

Таким образом, самыми частыми неврологическими симптомами у детей были нарушение сна 23.5±4.2, головные боли 20.5±4.0, гиперактивность 17.6±3.7, наличие развернутых генерализованных судорожных эпи-приступов 14.7±3.5, а у взрослых были генерализованные судорожные эпи - приступы 70.3±4.5, головные боли 29.6±4.5, нарушение сна 22.2±4.1 и снижение памяти и внимания 18.5±3.8.

На ЭЭГ: Из ЭЭГ показателей наличие пароксизмальной активности эпилептического характера отмечалось у 34 больных. Признаки дисфункции подкорковых образований головного мозга, аномальные знаки которых могли бы иметь эпи - значимость у 21 больного. Из них у 6 - больных усиление синхронизации нейрональной активности на высоком амплитудном уровне, у 6 – ых больных эпилептиформные знаки появлялись во время или после гипервентиляции, а в фоновой активности отсутствовали. У 15 больных эпилептиформные знаки имели локальную устойчивую регистрацию по тем или иным областям.

Литература.

1. Егорова И.С. Электроэнцефалография.- М.: Медицина, 1973, 296с.

2. Зенков Л.Р. В кн.: Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии. М. Медицина. 2002,368с.

3. Гриндель О.М. В.кн.: Клиническая электроэнцефалография. М. Медицина,1973, 340с.

4. Жирмунская Е.А., Колтовер А.Н. Атлас по электроэнцефалографии и морфологии мозгового инсульта. М. Медицина, 1967.

5. Жирмунская Е.А., Майорчик В.Е., Иваницкий А.М. и др. Терминологический справочник (словарь терминов, используемых в электроэнцефалографии). Физиол. Человека, 1978,т.4,с. 936-954.

6. Зенков Л.Р., Ронкин М.А.Функциональная диагностика нервных болезней. 2-е издание. М. Медицина.1991,с.7-146.

АНАЛИЗ СИТУАЦИЙ ТРАВМАТИЗМА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (из данных доклада ВОЗ в Европейском регионе).

Тойматов С.Ш.

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

В статье представлен анализ ситуации травматизма в Кыргызской Республике по локализации, причинам и месту возникновения. Полученные данные свидетельствует о высокой распространенности и тяжести последствий травматизма среди населения страны, что ставит под угрозу экономическое и социальное развитие республики.

Ключевые слова: травматизм, травмы, инвалидность.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от преднамеренных и непреднамеренных травм в Европейском регионе ВОЗ (куда входит и Кыргызстан) погибает более 800 тысяч человек. Травмы являются ведущей причиной смертности среди людей до 45 лет, а также до 14% всех утраченных лет здоровой жизни. Выжившим после травмы требуется экстренная медицинская помощь и после полученного лечения длительный период реабилитации.

Исследования показывают, что случаи, связанные с травматизмом, особенно с дорожно-транспортным, непропорционально воздействуют на бедную и уязвимую категорию общества. Большая часть потерпевших - это люди с низким уровнем доходов, которые лишены постоянной поддержки в случае долговременной травмы и имеют ограниченный доступ к экстренной медицинской помощи после несчастного случая. Кроме того, во многих развивающихся странах стоимость оказания длительной комплексной медицинской помощи, утрата кормильца в семье, стоимость похорон и утрат дохода в результате инвалидности могут ввергнуть семьи в нищету.

Анализ ситуаций с травматизмом в Кыргызской Республике, подготовленный в соответствии с техническим заданием ЕвроВОЗ показал, что в общей структуре заболеваемости населения класс «Травмы и отравления» среди взрослых и подростков в 2007 году занимал пятое место (7,4%), после болезней сердечно-сосудистой системы,

органов дыхания, мочеполовой системы и пищеварения и составил 1821, 1 случай на 100 тысяч населения, а в 2010 году четвертое место (8,0%) и составил 1351 случай на 100 тысяч населения (по прогнозу ВОЗ в 2030 году – травматизм будет занимать третье место).

В общей структуре смертности населения класс «Травмы и отравления» занимает в 2010 году 2-место – 10,2 %, после сердечно-сосудистой патологии, а среди населения до 45 лет первое место.

Превышение общереспубликанского показателя травматизма в 2009 – 2010 гг. было отмечено в г. Ош, Чуйской, Ошской, Жалал-Абадской и Иссык-Кульской областях.

Проведенный анализ распределения травм по локализации свидетельствует об увеличении тяжести последствий. Так, если показатели черепно-мозговых травм в 2007 году составляли 402, 8 случай на 100 тысяч населения, то в 2010 году они возросли до 464,9 на 100 тысяч населения.

В общем, травматизм как умышленный, так и непреднамеренный, ставит под угрозу экономическое и социальное развитие республики, особенно когда имеется огромный дефицит бюджета.

Особое беспокойство вызывает увеличение тяжести последствий от травм у детей, в частности черепно-мозговые травмы, повреждения грудной клетки и живота.

Так, если в 2003 году показатели черепно-мозговых травм у детей составляли 161,6 случая на 100 тысяч населения, то в 2007 году они возросли в 1,5 раза, и составили 238,2 случаев на 100 тысяч детского населения. Сравненные данных травматизма у детей за те же годы показало увеличение количества травм грудной клетки в 1,7 раза, травмы живота – в 1,6 раза и травмы верхних конечностей - в 1,3 раза.

Сведения о пострадавших в результате производственного травматизма с 2003 года поступили из 873 предприятий и организаций, где пострадало 996 человек. При анализе структуры отраслей, в которых зарегистрированы несчастные случаи, установлено, что наиболее высокий процент отмечается в обрабатывающей промышленности, затем в производстве и распределении электроэнергии, газа и воды и т.д. Не смотря на общее уменьшение количества случаев, доля смертельных исходов от несчастных случаев на производстве в 2003 году составляла 12,5% при 208 зарегистрированных производственных травмах, то в 2007 году - 14,7% при 156 несчастных случаях.

Анализ данных за последние пять лет показал, что в целом по республике в динамике наблюдается тенденция снижения общего количества травм криминального характера с 3277 случаев в 2004 году до 2596 случаев в 2008 году. Однако следует отметить, что количество травм, полученных в результате убийств (419 случаев в 2004 году 417 в 2008 году) остается без изменений, в то время как количество суицидов возросло в 1,2 раза с 540 случаев в 2004 году до 647 случаев в 2008 году.

Анализ данных криминальных травм показал, что из числа регионов лидерами являются Чуйская область, г. Бишкек, Жалал-Абадская и Ошская области.

Смертность от насилия по данным Европейского Регионального офиса ВОЗ, составляет порядка 32% от всех смертей, полученных в результате травмы, 31% от бремени всего травматизма (в 2002 году в Европейском регионе погибли от насилия 257 тыс. человек).

Насилие в семье является одной из самых острых и распространенных социальных проблем в республике. По данным МВД Кыргызской Республики, в 2008 году женщины обращались в правоохранительные органы для защиты от семейного насилия в 2,9 раза чаще, чем мужчины. Наибольшее количество семейного насилия было зарегистрировано у женщин в возрасте от 21 до 30 лет (259- 31,1%), у мужчин в возрасте от 31 до 40 лет (71- 23,8%).

Анализ данных распределения случаев домашнего или семейного насилия по роду занятий и уровню образования показал, что как среди женщин, так и среди мужчин, пострадавшие и получившие временные охранные ордера – это в основном неработающие лица (соответственно, 58,3% и 54,0%) имеющие среднее образование (соответственно, 49,6% и 36,2%). Лидерами из

числа регионов домашнему или семейному насилию являются г. Бишкек, Ошская и Чуйская области.

Последствия дорожно-транспортных происшествий (ДТП), связанные с гибелью или ранением, наносят значительный ущерб экономике республики. По данным ГУБДД МВД Кыргызской Республики за период с 2003 по 2007 годы в целом по республике произошло 18975 случаев ДТП, в которых погибло 4985 человек и было ранено 23799 человек. В последние пять лет в Кыргызской Республике отмечается постоянный рост случаев ДТП. Большая часть ДТП произошла в городах Бишкек и Ош.

При анализе случаев ДТП было установлено, что в период с 2003 по 2007 годы, из всех видов происшествий наиболее регистрируемым был наезд на пешехода (57,2 – 49,3%), столкновения (21,8% - 28,0%) и наезд на велосипедиста (3,7%-1,7%). Таким образом, пешеходы являются наиболее уязвимыми участниками дорожного движения.

Все участники дорожного движения одинаково ответственны за безопасность дорожного движения. За последние пять лет ДТП произошли преимущественно по вине водителей, которые составили в среднем 74,0%, по вине пешеходов – 20,2%, велосипедистов – 0,7% и других участников движения – 4,7%.

При оценке влияния алкоголя на состояние аварийности в целом по стране было установлено, что по вине водителей, находившихся в нетрезвом состоянии за рулем, в 2007 году было 159 дорожно-транспортных происшествий (3,9% от всех ДТП), в которых погибло 73 человека и было ранено 330 человек. Следует отметить, что доля нетрезвых водителей без права управления автотранспортными средствами составила 12,0%.

Таким образом, анализ ситуации травматизма среди населения республики, свидетельствует о высокой распространенности и тяжести последствий, особенно среди детей. Динамика количества черепно - мозговых травм и смертельных исходов за рассматриваемый период имеет тенденцию к постоянному увеличению.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ НАСЕЛЕНИЯ КЫРГЫЗСТАНА В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ

Садыкова А.А., Тобокалова С.Т.

**Ошский государственный университет,
КГМИПиПК, г. Бишкек, Кыргызская Республика**

Актуальность. В последние годы опубликован ряд статей, освещающих эпидемиологические проявления инфекционных болезней, управляемых средствами специфической профилактики [2,3,4]. Отмечается повзросление болезней, изменение многолетней и помесячной динамики заболеваемости, очаговости. Как правило, авторы полагают, что выявленные изменения являются результатом влияния широко проводимой вакцинопрофилактики. В силу отсутствия плановой ревакцинации детей и иммунизации взрослых лиц, Кыргызстан относится к эпидемиологически неблагополучным странам по паротитной инфекции (ПИ) [1]. Вместе с тем сравнительные исследования эпидемиологических проявлений ПИ в годы отсутствия специфической профилактики и при её наличии не проводились.

Современные особенности эпидемиологии ПИ в нашей стране основываются на, осуществляемой с 1987 г. массовой, а затем плановой иммунизации детей против данной инфекции. В связи с экономическими трудностями, постигшими все постсоветские республики, вакцино- профилактика паротитной инфекции была прекращена в 1992г. и в рамках Национального прививочного календаря возобновилась только в 2007 году.

Цель настоящей работы –

сравнительное изучение заболеваемости населения Кыргызстана паротитной инфекцией в годы отсутствия вакцинопрофилактики и при её возобновлении.

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ заболеваемости паротитной инфекцией в 1997-2012 гг. с использованием официальных статистических материалов: Государственной отчётной формы №1 "Отчёт по инфекционной и паразитарной заболеваемости" за последние 13 лет, информационный бюллетень "Санэпидслужба и здоровье населения", а также проведён анализ историй болезни больных с ПИ, госпитализированных в отделение №6 Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ), инфекцион- ные отделения больниц Ошской и Баткенской областей в 2004- 2013 годы.

Результаты и их обсуждение. В 2006 г. были вакцинированы противопаротитной моно-вакциной 50 тысяч детей 4-6 лет Чуйской, Нарынской, Иссык-Кульской областей и г.Бишкек, где был зарегистрирован наиболее высокий подъём заболеваемости ПИ. Снижение заболеваемости ПИ в стране к концу 2006 г. в 4,5 раза было отнесено к эффективности данного эпизода иммуниопрофилактики [1].

Проведённый нами анализ участия детей данной возрастной группы (4-6 лет) в общем числе заболевших в 2002-2005 гг. не подтвердил это утверждение – их удельный вес в эти годы, и так был невелик, (4,2-5,9%) и не мог существенно повлиять на общую заболеваемость (табл. 1).

По данным А.Т. Кошуева (2012) [2] дети в возрасте 3-6 и 7-14 лет из числа госпитализированных больных ПИ в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (г. Бишкек) в эти годы составили всего 2,2% и 30,0% соответственно.

По мнению многих авторов [3,4,5], длительность поствакцинального иммунитета в отношении ПИ колеблется от 30 мес. до 5 лет, а у отдельных лиц вируснейтрализующие титры антител сохраняются 7-10,5 лет [5].

Если основываться на этих данных, иммунопрофилактика ПИ, проведённая в 1987-1992 гг. должна была отразиться на общей заболеваемости, за счёт её снижения у детей до 6 летнего возраста в течение 10 лет – до 1997 года.

Действительно, в 1997 году число заболевших ПИ в стране было невелико - 237 человек; однако, абсолютное большинство из них были дети в возрасте до 14 лет (83,1%), в том числе, детей до 4-х лет - 40,6 %.

Очевидно дети, привитые против ПИ в 1987-1992 гг. потеряли протективный иммунитет раньше, чем через 5 лет и пополнили число детей, восприимчивых к паротиту.

В следующее десятилетие (1997-2007) – время потери поствакцинальных противопаротитных антител и в отсутствии вакцинопрофилактики ПИ, произошло накопление неимунного против данного заболевания контингента, в связи с чем, в период 2002-2007 гг. отмечалась стабильная эпидемиологическая неблагоплучная ситуация по ПИ, с неуклонным подъёмом заболеваемости, как в Кыргызской Республике в целом, так и в её столице (рис. 1).

Эпидемиологический анализ свидетельствует о достоверном ($P<0,001$) снижении заболеваемости в стране в период 1997-2001 гг. (с 30,0 $^0/_{0000}$ до 4,7$^0/_{0000}$, соответсвенно). В последущем, в 2003 году, отмечался её подъём со статистически значимой разницей, по сравнению с предыдущими годами (51,9$^0/_{0000.}$, $P<0,001$). Ранее, если в периоде спада заболеваемости число больных паротитом не превышало 237-361 человек, то начиная с 2002г. наметился стабильный рост заболеваемости, сгладилась периодичность: в 2002-2003гг. зарегистрировано 715 и 2599 (14,4 и 51,9 $^0/_{0000}$ соответственно, $P<0,001$), в 2004 г – 2864 (56,5$^0/_{0000}$), в 2005 г – 4752 (92,9 $^0/_{0000}$), а в 2008 г – 436 (15,0 $^0/_{0000}$) больных, что характеризует снижение и напряжение общепопуляционного иммунитета.

Таблица 1 - Распределение больных ПИ по полу и возрастным группам в Кыргызской

Республике в 1996-97, 2000-2012гг.

Годы	Всего абс.ч	*Женщины*		*Дети до 14 лет*		*Дети до 1 года*		*Дети 1-2 лет*		*Дети 2-4 лет*	
	инт.пок	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
1996	96030,0	375	39,1	780	81,3	1	0,1	2	0,2	262	27,3
1997	2377,3	91	38,4	197	83,1	0	0	1	0,42	79	33,3
2000	3617,2	163	45,2	297	82,3	0	0	3	0,83	106	29,4
2001	2314,7	90	39,0	191	82,7	0	0	1	0,43	70	30,3
2002	71514,4	277	38,7	568	79,4	0	0	3	0,41	127	17,8
2003	259951,9	1086	41,8	1888	72,6	2	0,08	19	0,73	135	5,2
2004	286456,5	1322	46,2	1733	60,5	13	0,45	10	0,34	170	5,9
2005	475292,9	1957	41,2	2552	53,7	8	0,17	13	0,27	201	4,2
2006	112631,8	469	41,7	720	63,9	4	0,36	15	1,3	112	9,9
2007	119337,2	486	40,7	734	61,5	4	0,33	10	0,84	56	4,7
2008	43615,0	189	43,3	230	52,8	2	0,46	7	1,61	33	7,6
2009	1585,0	68	43,0	94	59,5	1	0,63	3	1,9	24	15,2
2010	3967,3	147	37,1	190	48,0	1	0,25	3	0,75	29	7,3
2011	3005,6	123	41,0	192	64,0	2	0,66	1	0,33	24	8,0
2012	3776,8	147	39,0	193	51,2	4	1,06	4	1,06	21	5,6
2013-6м	4237,5										

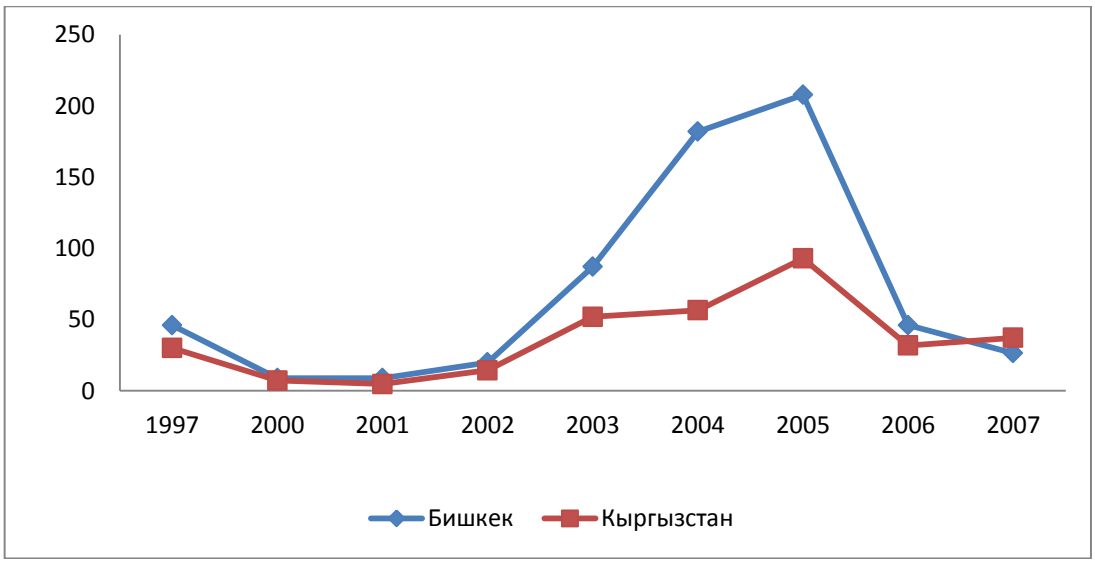


Рис. 1 - Динамика заболеваемости ПИ в Кыргызстане и г. Бишкек в 1997-2007 годы.

В годы отсутствия иммунизации интенсивный рост заболеваемости ПИ в различных областях и городах страны был неоднозначным. В самой отдалённой Баткенской области эпидемический подъём заболеваемости ПИ пришёлся на 2002-2003 гг.- 91 и 524 случая ($22,7^0/_{0000}$ и $129,0^0/_{0000}$, соответственно) с резким снижением в 2004 г до 49 ($12,0^0/_{0000}$) случаев. В последующие 6 лет регистрировались лишь единичные случаи заболевания (16,5±7,1). На фоне эпидемиологического благополучия в стране по ПИ, с 2010 года началось повышение заболеваемости в Баткенской области, которая продолжается и в настоящее время, составляя 55,6-60,0% от общего количества больных ПИ в Кыргызстане.

Несмотря на то, что большая часть населения проживает в сёлах, по Ошской области ежегодно регистрировались 50-80 больных ПИ, и только в 2003 г – 170 больных ($16,8^0/_{0000}$), тогда как в городе Ош заболеваемость данной инфекцией в 3-4,5 раза превышала показатели области – 227 и 249 больных (93,5 $^0/_{0000}$ и $101,1^0/_{0000}$). Причиной такого несоответствия может быть как скученность городского населения,

ускоряющая распространение воздушно-капельной инфекции, так и низкий уровень обращаемости и диагностики в сёлах.

В то же время, в Джалал-Абадской области сохраняется периодичность ПИ с интервалами в 2-3 года с относительно невысокими показателями заболеваемости ($32,6^0/_{0000}$ – $39,2^0/_{0000}$).

Примечательно то, что в отдельные годы, заболеваемость ПИ по области обусловлено больными 1-2 районов. Так, в 2007 г. 85,1% от общего числа больных данной области составили жители Тогуз-Тороуского и Сузакского районов (241 и 85 больной, соответственно).

Если в южных областях, включая Таласскую, рост заболеваемости ПИ начался в 2002 году и достиг своего пика в 2003 году и эпидемия пошла на спад, то в Чуйской области и городе Бишкек увеличение числа больных началось с этого года. Немотря на то, что Иссык-Кульская область в эпидемический процесс вступила на год позже (2004), также как и в остальных областях северного региона максимальное количество больных зарегистрировано в 2005 г (1203 больных – $281,5^0/_{0000}$). Таким образом, в северных регионах самые высокие показатели заболеваемости отмечались в 2005 году, и интенсивные показатели превысили республиканские в 2,2 и 3 раза. Причём, количество больных ПИ с 2001 по 2005 гг. ежегодно возрастала в 2-3 раза (табл.1).

В Нарынской области в 1997-2003 гг. ПИ встречалась в единичных случаях (6,0±3,0; ДИ: 2-12 случаев); в 2004 г. отмечался резкий подъём заболеваемости, сохранявшийся в течение 3-х лет, и интенсивные показатели достигли 178-204 больных в год, который совпал с эпидемическим повышением заболеваемости ПИ в северном регионе Кыргызстана. Последующие 5 лет (2007-2011) число больных данной инфекцией вновь снизилось до спорадических случаев, и, несмотря, на проводимую иммунопрофилактику, в 2012 г. в Нарынской области заболели 32 человека, причём 24 из них (75%) были дети старше 5 лет.

Примечательно то, что в течение 5 лет (1999-2003 гг.) больные паротитной инфекцией в южном и северном регионах страны регистрировались примерно с одинаковой частотой, составляя 54,7 ± 6,1% и 45,3 ± 6,2% ($P > 0,05$). В последующие два года (2004-2005 гг.) заболеваемость ПИ в стране определялась северным регионом: составляя в отдельные годы 89,7- 95,7% от общего числа заболевших паротитом в Республике.

С 2008 года заболеваемость ПИ в Кыргызстане стабилизировалась, составив 155 случаев (5, $0^0/_{0000}$) в 2009 году, с тенденцией к повышению в последние 3-4 года (357,7±38,6 случаев ПИ в год). При этом, эпидемический процесс повторил свой виток десятилетней давности: хотя количество заболевших ПИ в 2009-2012 гг. было значительно меньше, чем в те годы, подъём заболеваемости вновь начался в южном регионе в 2010 году и составил 80,5% от общего числа больных ПИ в Республике. Причём, только в Баткенской области число больных достигло 220 ($50,7^0/_{0000}$), превысив общереспубликанский показатель в 7 раз ($7,3^0/_{0000}$).

В допрививочный период (1992-2007 гг.) были сообщения об изменившейся сезонности паротитной инфекции даже в условиях одной республики: в южных регионах Кыргызстана отмечалась более сглаженная сезонность, с умеренным повышением заболеваемости ПИ в весенне-зимний период, а в северных областях – двух волновой характер: зимой (8,1-12,4%) и летом (24,5-17,1%) [2].

Анализ помесячного распределения больных в Кыргызстане, поступивших в инфекционные отделения в годы возобновления вакцинопрофилактики ПИ (2007-2013) выявил следующее: увеличение числа госпитализации больных с паротитом началось в декабре (4,1%) и достигло максимальных показателей в марте месяце – 26,9%. Абсолютное большинство (76,8%) больных ПИ зарегистрированы в зимне-весенний период. В летние месяцы поступили в стационар всего 14,7% больных данной инфекцией (Рис. 2). Результаты наших исследований свидетельствуют о восстановлении традиционной весенне-зимней сезонности паротитной инфекции в стране.

В межэпидемический период (1997-

2002гг.), лица мужского пола в 2-2,5 раза чаще болели паротитом, чем женщины, а дети до 14 лет составляли абсолютное большинство – 81,9±1,2% (ДИ: 79,4% - 83,1%) от общего количества заболевших этой инфекцией, причём, 25,8±5,4% (ДИ: 18,2% - 30,3%) были в возрасте до 4-х лет.

В годы эпидемического подъёма заболеваемости ПИ (2003-2007 гг.) удельный вес детей до 14 лет значительно снизился – 62,4±4,6% (ДИ: 53,7% -

72,6%), в том числе, произошло резкое уменьшение доли детей 2-4 летнего возраста (6,3±1,8%), т.е. отмечалось «повзросление» ПИ.

Проведённый нами анализ возрастной структуры, госпитализированных с паротитной инфекцией взрослых больных в северном и южном регионах страны в 2008-2013 гг. выявил отсутствие значимой разницы в их возрастной восприимчивости к этому заболеванию.

Как в южном, так и северном регионах ПИ регистрировалась с одинаковой частотой в возрастной группе 15-20 лет (71,1% и 72,2%); встречаемость паротита у молодых людей 21-25 и 26-29 лет, хотя и различались в 1,5-1,7 раз, но в связи с небольшим числом выборки, статистически значимая разница не выявлена (P>0,05).

Больные ПИ старше 30 лет как в южном, так и северном регионах регистрировались, примерно, с одинаковой частотой. Доверительный интервал (ДИ) на юге составил 30-47 лет, а на севере – 30-55 лет. Абсолютное большинство из числа госпитализированных с ПИ больных как в южном, так и северном регионах были молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет (89,8% и 93,7% соответственно) и только 10,2% и 6,3 % - старше 30 лет

Таким образом, несмотря на возобновление специфической профилактики паротита, в силу кратковременности поствакцинального иммунитета (5 лет), остаётся ряд нерешённых вопросов, связанных с формированием иммунной прослойки населения. В связи с этим управляемые инфекции продолжают подчиняться естественному течению эпидемического процесса, принимая сходные черты с неуправляемыми инфекциями.

Учитывая «повзросление» ПИ, осложнения и неблагоприятные последствия в её исходе, как сахарный диабет, мужское бесплодие и импотенция необходимо введение ревакцинации в 6 лет и иммунизации подростков и лиц молодого возраста (12-35 лет) против ПИ каждые 5 лет на платной основе.

Литература

1. Информационный бюллетень Департамента Государственного санитарного эпидемиологического надзора. - Бишкек, 2011.- 38 с.
2. Кошуев, А.Т. Клинико-иммунологическая оценка применения α-2b интерферона у детей и подростков, больных паротитной инфекцией: автореф. дис. … канд. мед. наук [Текст] / А.Т. Кошуев. - Бишкек, 2012. - 23 с.
3. Слатина, К.И. Изменения в эпидемическом процессе паротита под влиянием многолетней вакцинопрофилактики [Текст] / К.И. Слатина, В.В. Зотин // Актуальные проблемы инфекционной патологии: Тез. докл. Конференции. - СПб., 1993. - Часть 1. - С.171-171.
4. Тимченко, В.Н. Инфекционные болезни у детей: 2-е издание,исправленное и дополненное [Текст] / Тимченко В.Н. - СПб.: Спец.лит, 2006.
5. Терентьева Ж.В. Актуальность проблемы эпидемического паротита среди взрослого населения / Ж.В.Терентьева, Л.В. Лялина, Л.Н. Пожидаева и др. //Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями. Матер. междунар. конф. Под ред. А.Б. Жебруна. - СПб., 2010.- С.98-99.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ СВЯЗИ НЕЙРОЭНДОКРИНОИММУННЫХ СИСТЕМ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Тукешев Д.О., Канаев Р.А., Кудайбергенова М.Э.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, г. Бишкек, Республика Кыргызстан.

Резюме: *Целью работы явилось изучение нейроэндокриноиммунного взаимодействия при заболеваниях щитовидной железы. Использованы клинические признаки болезни, содержание гормонов щитовидной железы, иммунные статусы, определения вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности. Обследовано 70 больных и при этом установлено, что нарушение нейроэндокриноиммунной системы зависело от функциональной активности щитовидной железы.*
Ключевые слова: *щитовидная железа, тиреоидит, нейроэндокриноиммунное взаимодействие.*

Заболевания щитовидной железы обычно сопровождаются различными органными и нервно-психическими нарушениями. Основа патогенеза этих нарушений - избыточное или недостаточное выделение тиреоидных гормонов, что пагубно сказывается на функции и структуре органов и тканей, в том числе и нервной системы. Признаки поражения нервной системы занимают видное место в клинических проявлениях ЗЩЖ. Иногда они выступают на первый план, существенно затрудняя диагностику болезни [1,3,4]. Неврозоподобные состояния при заболеваниях ЩЖ выявляются у 96-100% больных [2,5,6]. У них особенно часто наблюдается астенический синдром, который слагается из психической и физической астении, вегетативных расстройств, нарушения сна. Иногда у больных преобладают соматовегетативные нарушения – одышка, сердцебиение, боли в сердце, потливость, озноб. Общеизвестно, что депрессия негативно влияет на общий и соматический статус. Формируется синдром вторичной иммунологической недостаточности. Патогенетической основой взаимной обусловленности данных состояний, являются обнаруженные в последние годы механизмы нейроэндокриноиммунного взаимодействия [3,6,7].

Как было показано в одной из последних работ П. К. Анохина, взаимодействие как таковое не может сформировать систему, поскольку анализ истинных закономерностей функционирования с точки зрения функциональной системы раскрывает скорее механизм "содействия" компонентов, чем их "взаимодействие". В целом организме человека деятельность различных функциональных систем последовательно связана друг с другом во времени, когда результат деятельности одной функциональной системы последовательно формирует другую потребность и соответствующую функциональную систему.

Целью настоящего исследования было изучение корреляционные связи нейроэндокриноиммунных систем при заболеваниях щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 70 больных с заболеванием щитовидной железы в возрасте от 18 до 40 лет. По функциональному состоянию щитовидной железы мы разделили всех больных на 2 группы: 30 больных (42,85 %) были с диагнозом диффузно токсическим зобом (ДТЗ), 40 больных (57.14 %) – с гипотиреозом. Диагноз ставили на основании клинических данных, результатов гормонального и иммунологического анализа, исследования антител и УЗИ щитовидной железы. Содержание тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), антитела к ТГ, ТПО и ТСА в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на автоматическом анализаторе ES-300. Определяли относительное и абсолютное количества Т-лимфоцитов и их субпопуляции. Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных и унифицированных методов первого уровня. Для определения количества Т-лимфоцитов использовали метод спонтанного розеткообразования с эритро-

цитами барана и их субпопуляций теофилиночувствительных Т(Етфч РОК) и теофилинорезистентных Т(Етфр РОК), комплекс экспресс микрометодов по тестам I и II уровней.

Для оценки функционального состояния вегетативной нервной системы при ЗЩЖ использовали определение вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Результаты и их обсуждение. Нами были изучены нарушения нейроэндокриноиммунной системы при тиреоидите в зависимости от функциональной активности ЩЖ. При этом мы оценивали результаты исследований в двух группах обследованных больных. Клинико-гормональное обследование больных ЗЩЖ показало, у 30 больных с ДТЗ они были: Т3 – 6,53 ± 0,8; Т4 – 195,7 ± 11,6; ТТГ – 0,06 ± 0,16, у 40 больных ЗЩЖ с гипотиреозом: Т3 – 1,08 ± 0,19; Т4 – 62 ± 5,73; ТТГ- 5 ± 4,6.

Показатели субпопуляций Т-лимфоцитов в группах достоверно различались. Так, у 30 больных ДТЗ составил Т(Етфч РОК) 5,00 ± 0,20, Т(Етфр РОК) хелперов 31,00 ± 0,02, ИРИ(Th/Ts) 9,00 ± 1,00, у 40 больных с гипотиреозом составил супрессоров Т(Етфч РОК) 3,00 ± 0,18, Т(Етфр РОК) хелперов 40,00 ± 2,40, иммунорегуляторный индекс (ИРИ) Th/Ts 15,00 ± 1,30.

Также нами проведено исследование функции надсегментарного отдела вегетативной нервной системы при гипотиреозе путем определения вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности.

Исследование вегетативного тонуса показало, у больных ДТЗ сумма баллов равнялась 65 ± 1,10, и соответствовала выраженной степени СВД. Следовательно, при ДТЗ имеют место явные нарушения симпатического тонуса, а у больных с гипотиреозом сумма баллов равнялась 41 ± 1,15, так же отмечается выраженной степени СВД.

Данные, полученные у 20 здоровых обследованных МО = 3200,0±1,10, сопоставлены с больными ДТЗ и при этом было установлено, что МО = 3540,0±1,20, а при гипотиреозе МО=2654±1,40.Повышение МО относительно нормы свидетельствует о преобладании симпатического тонуса ($p < 0,05$).

Исследование вегетативной реактивности показало, что у больных ДТЗ отмечалось незначительное замедление ЧСС 4 ± 0,30 ударов в 1 мин, слабое замедление – пониженная вегетативная реактивность (симпатическая реакция), а у больных с гипотиреозом после пробы отмечается замедление ЧСС 21 ± 1,20 ударов в 1 мин, этот показатель свидетельствовал о повышенной вегетативной реактивности (парасимпатическая реакция)

Исследования вегетативного обеспечения в ортоклиностатической пробе повазал, что у больных ДТЗ подъем систолического давления был на 40,0 ± 1,20 мм.рт.ст. диастолическое давление при этом повышалось на 15,0 ± 0,10 мм.рт.ст., увеличение ЧСС достигало до 36,0 ± 1,20 ударов в 1 мин. Жалобы на ощущение прилива крови к голове, потемнение в глазах. Эти явления трактовались как избыточное вегетативное обеспечение, а у больных 2-й группы с гипотиреозом после пробы показатель систолического давления снизился до 15,0 ± 1,3 мм.рт.ст. диастолическое давление осталось на прежнем уровне. ЧСС уменьшилась на 10 ± 0,20 ударов в 1мин. Жалобы на покачивание и ощущение слабости в момент вставания. *Все выше указанные изменения говорят о недостаточном вегетативном обеспечении.*

При ДТЗ и их анализе в зависимости от тяжести заболевании отмечается разной степени корреляционные связи между Т(Етфч РОК)-супрессоров и тиреоидными гормонами. Т4 при легкой степени имело место обратная слабая корреляционная зависимость ($r = - 0,39$, $p < 0,05$), а при средней и тяжелой степени отмечена обратная средняя и сильная корреляционная зависимость ($r = - 0,62$, $r = - 0,70$, $p < 0,01$), а между Т (Етфч РОК)-супрессоров и уровнем активности ТСА так же обратная средняя корреляционная зависимость при легкой степени ($r = - 0,41$, $p < 0,05$), при средней и тяжелой степени ($r = - 0,64$, $p < 0,01$, $r = - 0,68$, $p < 0,05$).

Отмечена прямая средняя корреляци-

онная зависимость между выраженностью тиреотоксикоза и уровнем активности ТСА при легкой (r= + 0,40 p < 0,01) при средней и тяжелой степени (r= - 0,60, p < 0,01, r= - 0,65, p < 0,05). И вместе с тем, не наблюдалось никакой зависимости между степенью увеличения щитовидной железы и активностью ТСА. При корреляционном анализе СВД и уровнем активности ТСА выявлена прямая средняя корреляционная зависимость при легкой (r= + 0,35, p < 0,05) и средней степени (r= + 0,39, p < 0,05), прямая сильная корреляционная зависимость при тяжелой степени (r= + 0,70, p < 0,01) что указывало на то обстоятельство, что чем более выражен тиреотоксикоз как в клиническом, так и в биохимическом плане, тем выше была активность ТСА. Между показателями ТТГ и уровнем Ig G класса, имела место прямая средняя корреляционная зависимость у больных ДТЗ при легкой степени (r = + 0,49, p < 0,01), при средней (r = + 0,57, p < 0,01) и тяжелой степени(r = + 0,64, p < 0,05) (табл.1).

При корреляционном анализе уровней Т (Етфч РОК)-супрессоров и уровнем Ig G класса, выявлена обратная средняя корреляционная зависимость у больных ДТЗ при легкой степени (r = - 0,37, p < 0,05), средней степени (r = - 0,38, p < 0,05) и тяжелой (r = - 0,38, p < 0,05).

Таблица 1 - Значимые корреляционные связи нейроэндокриноиммунных систем при ДТЗ (по Пирсону)

Показатель	Значение коэффициент корреляции (r)		
	легкая степень (n =15)	средняя степень (n =10)	тяжелая степень (n =5)
Т3-ТСА	0,40*	0,60**	0,65*
Т4 - Ts	-0,39*	-0,62**	-0,70**
Ts - ТСА	-0.41*	-0.64**	-0.68*
ТСА - СВД	0,35*	0,39*	0,71**
ТТГ- Ig G	0,49**	0,57**	0,64*
ТПО- ТТГ	0,42*	0,54**	0,57*
Ts – Ig G	-0,37*	-0,38*	-0,63*

Примечание. Статистическая значимость корреляции:*- p < 0,05,**- p < 0,01.

Таблица 2 - Значимые корреляционные связи эндокринных и иммунных показателей при ПГ

Показатели	Значение коэффициента корреляции (r)	
	Субклиническая ПГ (n = 33)	Манифестная ПГ (n = 35)
ТПО- ТТГ	0,47**	0,56**
Т4 - Ts	0,36*	0,42*
Ts - ТПО	-0,54**	-0,69**
ТПО - СВД	0,39*	0,41*
Т3- ТТГ	-0,45**	-0.58**
Ts – Ig G	- 0,41*	-0,52**

При корреляционном анализе отмечена прямая и обратная связи НЭИС при ПГ (табл.3). Отмечена прямая средняя корреляционная зависимость между ТТГ и уровнем активности ТПО при субклинической форме (r =+0,47, p < 0,01), а при манифестной форме (r =+0,56, p < 0,01) . При корреляционном анализе количества Т (Етфч РОК)-супрессоров и уровнем активности ТПО выявлена обратная средная корреляционная зависимость при субклинической форме (r = -0,54, p < 0,01), манифестной форме (r = - 0,69, p < 0,01), что указывало на то, что чем более выражен иммунодефицит Т лимфоци-

тов как в клиническом, так и в биохимическом плане, тем наблюдалась большая активность ТПО.

Между уровнем Т (Етфч РОК)-супрессоров и Ig G , выявлена обратная средняя корреляционная зависимость у больных гипотиреозом при субклинической форме ($r = -0,41$ $p < 0,05$) и манифестной ($r = - 0,52$, $p < 0,01$) Это указывает на то, что чем выше уровень сывороточных Ig G, тем более выражен иммунодефицит Т – лимфоцитов.

При корреляционном анализе количества Т (Етфч РОК)-супрессоров и уровнем активности Т4 выявлена средняя прямая корреляционная зависимость при субклинической форме ($r = + 0,36$ $p < 0,05$) и манифестной форме ($r = + 0,42$, $p < 0,05$), а между показателями ТПО и СВД отмечается прямая средняя корреляционная зависимость при субклинической форме ($r = + 0,39$ $p < 0,05$) и манифестной ($r = + 0,41$, $p < 0,05$). Так же отмечена средняя обратная корреляционная зависимость между уровнем Т3 и ТТГ у больных гипотиреозом субклинической форме ($r = -0,45$ $p < 0,01$) и манифестной ($r = - 0,58$, $p < 0,01$).

На основании полученных результатов установлено, что в целом нервная, иммунная системы и функции щитовидной железы образуют единую нейрогуморальную регулирующую систему организма. Гипоталамус является центром вегетативной нервной системы, где происходит как бы переключение нервной регуляции на эндокринно-химическую с образованием таких гормонов как ТТГ и др. В свою очередь гормоны и их частицы (нейропептиды) оказывают определенное влияние на иммунную и вегетативную нервную системы, воздействуя на все виды обмена и гормоны ЩЖ.

Таким образом, наши исследования подтвердили тесную взаимосвязь щитовидной железы с иммунной и вегетативной нервной системами. Степень нарушения иммунной и ВНС зависела от функциональной активности щитовидной железы. ВНС и эндокринная, иммунная системы представляют собою единую регулирующую систему организма.

Выводы

1. В зависимости от тяжести заболеваний щитовидной железы установлены различной степени корреляционные связи нейроэндокриноиммунных систем.

2. Изменения уровня гормонов щитовидной железы вызывает нарушения энергетического баланса и состояния иммунной, вегетативной нервной системы.

3. Вегетативная нервная, иммунная системы и гормональный статус ЩЖ представляют единую нейроэндокриноиммунную регуляцию организма.

Список литературы

1. Проворотов В.М., Грекова Т.И. Тиреоидные гормоны и нетиреоидная патология // Российский медицинский журнал.- 2002.- №5.- С.30-33.
2. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия.- 2004.- № 1(8).- С.7-17.
3. Акмаев И.Г. Современные представления о взаимодействиях регулируюших систем: нервной, эндокринной и иммунной // Успехи физиологических наук.- 1996.- Т.27, №1.- С. 3-15.
4. Петунин Н.А. Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологии.- 2002.- №6.- С.26-30.
5. Джурабекова А.Т. Поражение нервной системы у детей и подростков в йоддефицитном регионе: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук.- Ташкент.- 2003.- 28с.
6. Шварков С.Б. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков: Автореф. .. д-ра мед.наук.- М.-1993.-25с.
7. Лузина-Чжу-Лили.К вопросу об использовании чжень-цзю при заболеваниях щитовидной железы// Рефлексотерапия.-2003.-№3/6.-С.58-60.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тукешев Д.О., Канаев Р.А., Кудайбергенова М.Э., Кунасова К.Б.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации. Кафедра восточной медицины, г. Бишкек

Резюме: *Целью работы явилось изучение механизмы формирования неврологических нарушений при заболеваниях щитовидной железы. Изучены дифференционально - диагностические аспекты нервно - психических расстройств, содержание гормонов щитовидной железы, иммунные статусы. Обследовано 60 больных и при этом установлено, что нарушение нервных систем зависело от функциональной активности щитовидной железы.*

Заболевания щитовидной железы обычно сопровождаются различными органными и нервно-психическими нарушениями. Основа патогенеза этих нарушений - избыточное или недостаточное выделение тиреоидных гормонов, что пагубно сказывается на функциях и структуре органов и тканей, в том числе и нервной системы. Признаки поражения нервной системы занимают видное место в клинических проявлениях заболеваний щитовидной железы. Иногда они выступают на первый план, существенно затрудняя диагностику болезни. [1,2,3,5].

У них особенно часто наблюдается астенический синдром, который слагается из психической и физической астении, вегетативных расстройств, нарушения сна. Иногда у больных преобладают соматовегетативные нарушения – одышка, сердцебиение, боли в сердце, потливость, озноб. Общеизвестно, что депрессия негативно влияет на общий и соматический статус. Формируется синдром вторичной иммунологической недостаточности. Патогенетической основой взаимной обусловленности данных состояний являются механизмы нейроэндокриноиммунного взаимодействия, формирующие функциональную систему состоящей из физиологической и патологической основы. [8,4,6,10].

Целью настоящего исследования было изучение механизмы формирования неврологических нарушений при заболеваниях щитовидной железы.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 60 больных с заболеванием щитовидной железы в возрасте от 18 до 40 лет. По функциональному состоянию щитовидной железы мы разделили всех больных на 2 группы: 35 больных (40%) были с диагнозом ДТЗ, 25 больных (28%) с диагнозом первичным гипотиреозом.

Диагноз ставили на основании клинических данных, результатов гормонального и иммунологического анализа, исследования антител и УЗИ щитовидной железы. Содержание тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), тироксина (Т4), антитела к ТГ и ТПО в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) на автоматическом анализаторе ES-300. Определяли относительное и абсолютное количества Т-лимфоцитов и их субпопуляции. Для оценки иммунного статуса использовали комплекс стандартных и унифицированных методов первого уровня. Для определения количества Т-лимфоцитов использовали метод спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана и их субпопуляций теофилиночувствительных Т(Етфч РОК) и теофилинорезистентных Т(Етфр РОК), комплекс экспресс микрометодов по тестам I и II уровней.

Для оценки функционального состояния нервной системы проводилась балльная оценка основных неврологических синдромов.

Кроме этого, исследованы дифференциально–диагностические аспекты нервно-мышечных, нервно-психических и вегетативных изменений при ЗЩЖ.

1. Нервно-мышечные расстройства:

а) миопатия;

б) псевдомиотония;

в) миоастеноподобный синдром.

2. Поражение периферических нервов:
а) синдром полинейропатии;
б) соннельные нейропатии.
3. Нервно-психические расстройства:
а) энцефалопатия;
б) астенодепрессивный синдром:
в) неврастения;
4. Вегетативные расстройства.

Результаты и их обсуждение. Нами были изучены нарушения нервной системы при ЗЩЖ. При этом мы оценивали результаты исследований в двух группах обследованных больных. Следует при этом отметить, что довольно часто при ДТЗ возникают функциональные нарушение нервной системы и они органично вписываются в симптоматику нарушений эндокринной и иммунной систем. Указанные синдромы сопровождались жалобами на повышенную возбудимость, раздражительность, навязчивые страхи, изменением поведения: суетливостью, плаксивостью, избыточной моторной активностью, эмоциональной неустойчивостью с быстрой сменой настроения (от ажиотации до депрессии). В таблице 1 представлены нервно-мышечные и нервно-психические расстройства при ДТЗ.

Характер патологии нервной системы менялся в зависимости от уровня антитиреоидных антител (табл.2). К этому необходимо добавить, что у пациентов с повышенным уровнем антител к ТСА отмечалось преобладание частоты встречаемости и/или степени выраженности всех синдромов, отражающих поражение ЦНС, в то время как в группе больных с повышенным уровня антител к ТПО они были менее выражены.

Таблица 1 - Основные неврологические синдромы при ДТЗ

Неврологические синдромы	Частота клинических синдромов	
	абс. число	%
Энцефалопатия	51	44,7
Неврастения	50	56,9
Панические атаки	15	12,1
Миопатия	30	24,3
Миастеноподобный синдром	40	48,7
Полинейропатия	50	40,6
Туннельные нейропатии	20	16,2

Таблица 2 - Характеристика неврологических синдромокомплексов при ДТЗ в зависимости от уровня антител к ТСА и ТПО

Неврологические синдромы	Повышение уровня антител к ТСА, n=35	Повышение уровня антител к ТПО, n=25
	Частота, n (%)	Частота, n (%)
Энцефалопатия	34(72,0)	22(48,8)
Неврастения	25(90,0)	26(80,0)
Панические атаки	10(20,0)	7 (15,5)
Миопатия	32(64,0)	24(53,3)
Миастеноподобный синдром	27(94,0)	14(68,0)
Полинейропатия	28(76,0)	18(62,0)
Туннельные нейропатии	23(46,0)	15(33,3)

Изменение гормонального метаболизма и иммунной реактивности организма при ДТЗ вызывало нарушению в организме и существенным образом влияло на вегетативную нервную систему, изменяя параметры вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности. Об этом свидетельствуют данные ЧСС, АД и минутного объема крови, которые повышались относительно значений, полученных в контрольной группе. Более того, в некоторых случаях выявлены изменения вегетативного тонуса, на что указывало превалирование симпатической

регуляции над парасимпатической, а также выраженная степень СВД. У больных с ДТЗ она составляло 65 ± 1,10 баллов, и это было на 40 баллов выше показателей контрольной группы, что свидетельствовало о наличии синдрома вегетативной дистонии.

Наиболее частыми нарушениями деятельности нервной системы у больных с гипотиреозом являлись психоневрологические расстройства, которые были следствием гипотиреоидной энцефалопатии и мозжечковой недостаточности в виде нарушений координации движений, головокружений, шаткости при ходьбе (табл. 3).

При объективном неврологическом обследовании этих больных отмечались нечеткость выполнения пальце-носовой и пяточно-коленной проб, элементы асинергии Бабинского, неустойчивость в позе Ромберга, а также астенодепресссивный синдром и полинейропатия.

Выраженность неврологических синдромов, в большей степени, преобладала у пациентов с повышенным уровнем антител к ТПО, нежели чем в группе больных с высоким уровнем антител к ТГ; у них же, более явно, отмечалось поражение центральной и периферической нервной систем в виде увеличения выраженности и/или частоты встречаемости неврологических синдромов (табл. 4).

Таблица 3- Основные неврологические синдромы при первичном гипотиреозе

Неврологические синдромы	Частота клинических синдромов	
	абс. число	%
Астенодепрессивный синдром	95	81,1
Энцефалопатия	87	74,3
Панические атаки	8	6,8
Миопатия	50	42,7
Миастеноподобный синдром	25	21,3
Полинейропатия	45	38,4
Туннельные нейропатии	23	19,6

Таблица 4 -Характеристика неврологических синдромокомплексов при ПГ

Неврологические синдромы	Повышение уровня антител к ТПО МЕ/мл, n=25	Повышение уровня антител к ТГ МЕ/мл, n=25
	Частота, n (%)	Частота, n (%)
Астенодепрессивный синдром	25(71,4)	21(70,0)
Энцефалопатия	17(48,5)	14(46,6)
Панические атаки	6(17,1)	4(13,3)
Миопатия	20(57,0)	16(53,0)
Миастеноподобный синдром	14(40,0)	11(36,6)
Полинейропатия	22(62,8)	18(60,0)
Туннельные нейропатии	12(34,2)	9(30,0)

При исследовании функции надсегментарного отдела вегетативной нервной системы установлено, что у больных с гипотиреозом после пробы

Даньини-Ашнера наблюдается замедление ЧСС, после ортоклиностатической пробы снижение систолического и диастолического давлений, жалобы на покачивание и ощущение слабости в момент вставания. что свидетельствовало о недостаточном вегетативном обеспечении. (табл. 5).

Клинико-гормональное обследование у 25 больных с гипотиреозом: Т3 – 1,08 ± 0,19; Т4 – 62 ± 5,73; ТТГ- 5 ± 4,6, у 35 больных с ДТЗ показатели гормонов составили: Т3 – 6,53 ± 0,8; Т4 – 195,7 ± 11,6; ТТГ – 0,06 ± 0,16.

В целом нервная, иммунная системы и эндокринные железы образуют единую нейрогуморальную регулирующую систему организма, функционирующую по принципу нейроэндокриноиммунной связи. Одним

из важных факторов сохранения здоровья является надежное функционирование нейроэндокриноиммунных аппаратов. С учетом этого положения и должен осуществляться выбор метода лечения и его объем.

Таблица 5 - Показатели состояния вегетативной нервной системы при ЗЩЖ до лечения

Показатели	Контрольная группа, n =20	Функциональное состояние ЗЩЖ	
		ДТЗ n=20 M1±m1	ПГ n=20 M2±m2
СВД в баллах	24,0± 1,20	65,0± 1,10	41,0± 1,15
P		M1-M2<0,001	
МОК (л)	3200±1,10	3540±1,20	2654±1,40
P		M1-M2<0,001	
Вегетативная реактивность (разница в ЧСС, уд/мин)	9,0± 1,20	4,0±0,30	21,0±1,20
P		M1-M2<0,001	
Вегетативное обеспечение деятельности (разница в АД, мм.рт.ст. ЧСС, уд/мин)	АД сист.19,0± 1,2	АД сист.40,0± 1,2↑	АД сист. 15,0±1,1↓
		M1-M2<0,001	
	АД диаст. 4,0±1,3	АД диаст.10,0±1,1↑	АД диаст. 8.0 ± 1,2↓
		M1-M2>0,05	
	ЧСС 30,0 ± 1,3	ЧСС 36,0 ± 1,2↑	ЧСС 10,0 ± 1,1↓
P		M1-M2<0,001	

Таким образом, наши исследования подтвердили тесную взаимосвязь щитовидной железы с иммунной и вегетативной нервной системами. Степень нарушения иммунной и ВНС зависела от функциональной активности щитовидной железы. ВНС и эндокринная, иммунная системы представляют собою единую регулирующую систему организма.

Выводы

1. Изменения уровня гормонов щитовидной железы вызывает нарушения вегетативной нервной системы.

2. Вегетативная нервная, иммунная системы и гормональный статус ЩЖ представляют единую нейроэндокриноиммунную регуляцию организма.

Список литературы:

1. Проворотов В.М., Грекова Т.И. Тиреоидные гормоны и нетиреоидная патология // Российский медицинский журнал.- 2002.- №5.- С.30-33.
2. Василенко А.М. Нейроэндокриноиммунология боли и рефлексотерапия // Рефлексотерапия.- 2004.- № 1(8).- С.7-17.
3. Акмаев И.Г. Современные представления о взаимодействиях регулируюших систем: нервной, эндокринной и иммунной // Успехи физиологических наук.- 1996.- Т.27, №1.- С. 3-15.
4. Петунин Н.А. Клиника, диагностика и лечение аутоиммунного тиреоидита // Проблемы эндокринологии.- 2002.- №6.- С.26-30.
5. Джурабекова А.Т. Поражение нервной системы у детей и подростков в йоддефицитном регионе: Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук.- Ташкент.- 2003.- 28с.
6. Шварков С.Б. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков: Автореф. .. д-ра мед.наук.- М.-1993.-25с.
7. Лузина-Чжу-Лили.К вопросу об использовании чжень-цзю при заболеваниях щитовидной железы// Рефлексотерапия.-2003.-№3/6.-С.58-60.
8. Вейн А.М., Алимов Е.Я. Заболевания вегетативной нервной системы.-М.-1991.- 622с.
9. Volpe R. Autoimmunity causing thyroid disfunction.// Endocrinol. Metad. Clin.№.Amer.-1991.- Vol.20,№ 3.- P.565-587.
10. Watanabe M. // Thyroid.-1997.- Vol.7,№5.- P.43-47.

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО г. БИШКЕК

Шахнабиева С.М.

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

Врожденные пороки сердца (ВПС) представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему. Актуальность их изучения обусловлена значительным удельным весом данной патологии в структуре младенческой, перинатальной смертности и детской инвалидности [1].

Первые целенаправленные исследования по выявлению ВПС среди детей и подростков Кыргызстана были проведены И.К. Ахунбаевым и его сотрудниками в 1968-1974 годах. Врожденные пороки сердца по нозологическим формам распределились следующим образом: ДМЖП (30,7%), ОАП (13,1%) и ДМПП (12,2%) [2,3].

В Кыргызской Республике по данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) общая заболеваемость ВПС среди взрослых в 2012г. составила 41,4 на 100 тыс. взрослого населения. Данные РМИЦ не позволяют оценить масштабы проблемы в нашей стране, персонифицированный учет и мониторинг пациентов отсутствуют.

При изучении частоты и структуры врожденных пороков развития в Чуйской долине (города Бишкек, Кара - Балта, Токмак), было установлено, что в г.Бишкек в структуре ВПР преобладают врожденные пороки сердца – 26,9% [4].

Количество разновидностей ВПС составляют от 90 до 200 [5,6,7,8]. В последние годы наблюдается изменение структуры ВПС, в частности, увеличение удельного веса тяжелых комбинированных форм, часто протекающих с развитием недостаточности кровообращения [5,9]. Чаще других встречаются: дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) – 15-20% от всех ВПС, транспозиция магистральных сосудов (ТМС) – 9-15%, тетрада Фалло (ТФ) – 8-13%, коарктация аорты и синдром гипоплазии левого желудочка – 7,5%, открытый артериальный проток (ОАП) – 6-7%, различные формы открытого атриовентрикулярного канала (ОАВК) – 5% [6]. Дефект межпредсердной перегородки составляет от 8 до 20% всех ВПС [5].

В Кыргызской республике по данным Бебезова И.Х., наиболее распространенным среди корригируемых пороков сердца у жителей гор является дефект межпредсердной перегородки, частота которого составляет 33,1%, что в 4,5 раза больше, чем у жителей равнин [10].

Л.А. Бокерия, И.Н. Ступаков утверждают, что решение проблемы выявления и полного учета случаев ВПС с определением истинной распространенности и заболеваемости данной патологии позволит целенаправленно проводить профилактические, лечебные и социальные мероприятия [11].

Цель исследования. Изучить распространенность и структурное распределение врожденных пороков сердца по г. Бишкек.

Материалы и методы. Для выполнения поставленной цели, из-за невозможности охвата всего населения города, мы обследовали детей школьного возраста, зарегистрированных на территории одного из центров семейной медицины (ЦСМ № 3) города. Провели обследование детей в средних школах, лицеях, расположенных на территории данного центра, во время призывной комиссии (мальчиков) и на приеме у врача. После общего осмотра и аускультации сердца пациенты проходили скрининговое ультразвуковое обследование. Специально для родителей нами были созданы памятки, в которых была подробно изложена информация о причинах возникновения шума в сердце, возможных последствиях.

На территории центра семейной медицины № 3 г. Бишкек, где проводилось исследование, зарегистрировано 2410 детей в возрасте от 7 до 18 лет.

Всего в исследовании приняли участие 2345 (97,3 %) детей, среди них женский пол составил 1237 (52,8 %) больных, мужской – 1108 (47,2 %).

Результаты и их обсуждение. Из 2345 обследованных детей мы подозревали врожденный порок сердца у 109 школьников, у которых во время аускультации было наличие систолического и/или диастолического шумов, отмечено изменение тонов сердца (усиление, ослабление, расщепление). Мальчиков было 47 (43,1 %), девочек – 62 (56,9 %).

Из СШ № 18 – 18 (16,5 %) человек, СШ № 27 – 14 (12,8 %) человек, СШ № 33 – 13 (11,9 %) человек, СШ № 35 – 13 (11,9 %) человек, СШ № 46 – 12 (11 %) человек, СШ № 75 – 8 (7,3 %) человек, СШ № 78 – 13 (11,9 %) человек, лицей – 2 (1,8 %) человека, осмотр – 16 (14,7 %) человек.

Акцентирован 2 тон в проекции клапанов легочной артерии у 7 (6,4 %) детей, расщеплен – у 11 (10 %), ослаблен – у 5 (4,6 %).

Систолический шум над областью сердца выслушивался у 105 (96,3 %) детей, не выслушивался – у 2 (1,8 %). Мягкий шум по тембру был у 77 (73,3 %) детей, умеренный – у 24 (22,9 %), грубый – у 6 (5,7 %). У большинства (96,3 %) шум был по левому краю грудины, реже (3,7 %) – по правому.

Диастолический шум выслушивался у 6 (5,7 %) детей, по правому краю грудины. Систолодиастолический шум выслушивался у 3 (2,9 %) детей.

После проведенного аускультативного исследования сердца дети были направлены на проведение эхокардиографического исследования (ЭХО-КГ).

В результате проведенного ЭХО-КГ диагноз врожденного порока сердца был подтвержден у 30 (27,5 %) пациентов. У 36 (33%) детей показатели ЭХО-КГ были в пределах возрастной нормы. У 32 (29,4 %) детей был диагностирован пролапс митрального клапана, недостаточность митрального клапана была у 6 (5,5 %) человек, дополнительная трабекула в полости левого желудочка была у 4 (3,7 %) человек, врожденная гипертрофическая кардиомиопатия – у 1 (0,9 %) (рис. 1).

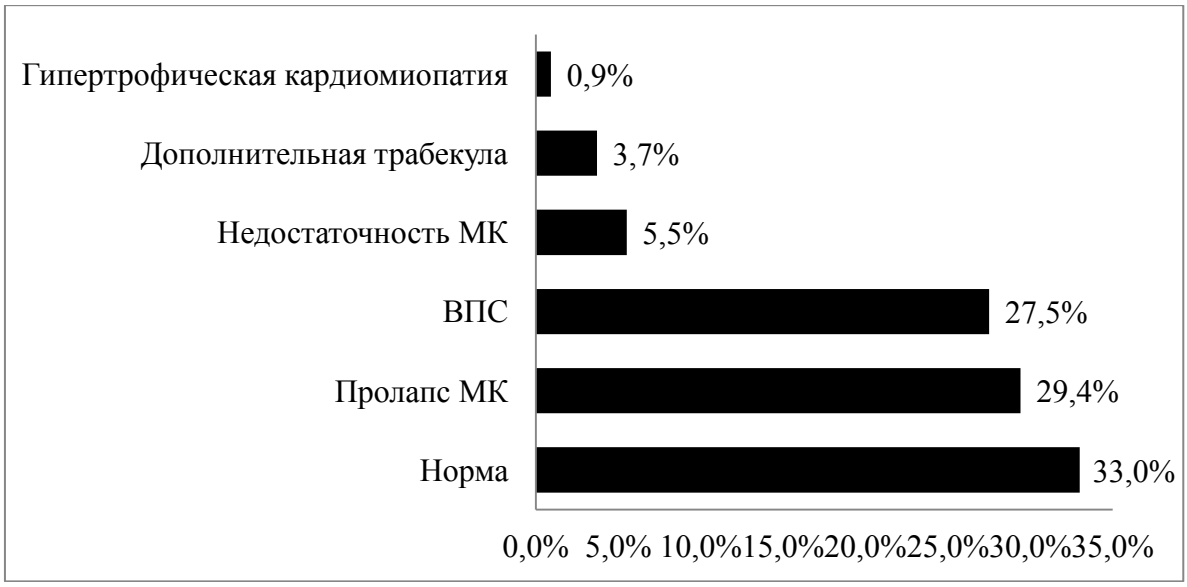


Рис. 1. Результаты ЭХО-КГ.

Пролапс митрального клапана 1 степени наблюдался у 30 (27,5 %) детей, ПМК с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта - у 1(0,9 %), ПМК 2 степени – у 1 (0,9 %).

Недостаточность митрального клапана 1 степени диагностирована у 6 (5,5 %) детей, из них с органическим поражением митрального клапана – у 1 (0,9 %).

Врожденные пороки сердца были выявлены у 30 пациентов, что составляет 27,5 % или 1,28% от всех обследуемых детей или 12,8 больных ВПС на 1000 здоровых детей. Пороки больше диагностированы у лиц женского пола (60 %). Из всех выявленных

пороков на момент исследования хирургическая коррекция проведена у 4 (13,3 %) пациентов.

Наши наблюдения также показывают, что распространенными пороками сердца являются дефект межжелудочковой перегородки (36,7 %), дефект межпредсердной перегородки по типу открытого овального окна (ООО) (16,7 %), вторичный дефект межпредсердной перегородки (13,3 %) (табл. 1).

Количество больных с врожденными пороками сердца, состоящих на учете в поликлинике по месту жительства, составляет 19 (63,3 %) детей. Из них впервые выявлен врожденный порок сердца у 11(36,7 %) детей. Сочетание врожденных пороков сердца с пороками развития других органов не встречалось. Сопутствующие заболевания были у 2 (6,7%) детей (железодефицитная анемия и вегето-сосудистая дистония).

Таблица 1 - Структура ВПС по г. Бишкек

Тип порока	N	%
ДМЖП	11	36,7
ДМЖП+ОАП	2	6,7
ДМЖП+СЛА	1	3,3
ДМПП вторичный	4	13,3
ДМПП по типу ООО	5	16,7
ОАП	2	6,7
Стеноз устья аорты	2	6,7
Стеноз легочной артерии	2	6,7
Тетрада Фалло	1	3,3

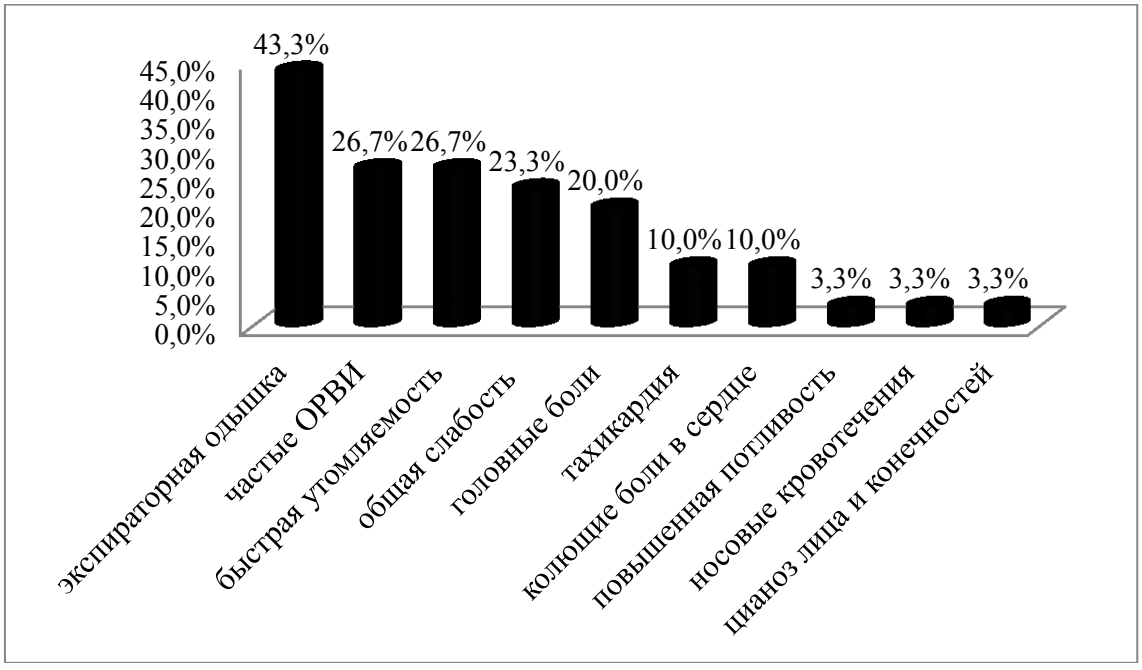


Рис. 2. Жалобы больных с ВПС.

ВПС не были осложнены недостаточностью клапанов у 29 (96,7%) больных. Осложнен недостаточностью трикуспидального клапана 2 степени ВПС у 1 (%) больного.

В результате проведенного обследования у большинства (24 (80%)) пациентов не было легочной гипертензии, у 6 (20%) диагностированы следующие степени легочной гипертензии:

- ЛГ I степени (небольшая гипертензия) – 5 (16,7 %) больных.
- ЛГ II степени (умеренная гипертензии) – 1 (3,3 %) больных.

Признаков сердечной недостаточности не было у 15 (50%) больных, у 8 (26,7%) па-

циентов был диагностирован ФК II, у 7 (23,3%) детей - ФК I.

Во время обследования 16 (53,3%) пациентов жалоб не предъявляли, у 14 (46,7%) они возникали. Наиболее часто предъявляемыми жалобами стали: одышка во время физической нагрузки - 13 (43,3%), частые ОРВИ - 8 (26,7%), быстрая утомляемость - 8 (26,7 %), общая слабость – 7 (23,3%), чувство повышенного сердцебиения – 3 (10%), колющие боли в сердце – 3 (10%), повышенная потливость – 1(3,3%), редкие носовые кровотечения – 1(3,3%), головные боли – 6 (20%), из них 5 (16,7%) - в лобной области головы, височной -1(3,3%), посинение конечностей и лица -1(3,3%) (рис. 2).

Время выявления порока у 8(26,7%) пациентов было с рождения, до года – 1 (3,3%) и в период с 3 до 7 лет - 7(23,3%). В возрасте с 10 до 15 лет ВПС выявили 2 (6,7%) пациента. На момент исследования впервые выявлено 11(36,7%) ВПС.

Из всех пациентов амбулаторное наблюдение в условиях НИИХСиТО до обследования было у 13 (43,3%) пациентов, в условиях НЦКиТ 1 (3,3%) пациент. 3 (10%) пациента наблюдались по месту жительства. Нигде не наблюдались по поводу ВПС 13 (43,3%) пациентов.

На стационарном лечении из 30 пациентов было 3 (10%), 2 из них в отделении ВПС НИИХСиТО, 1 – в условиях НЦКиТ.

Общее состояние пациентов на момент исследования было у всех (n=30) удовлетворительное.

Степень насыщения кислородом артериальной крови была в пределах нормы (95-100%) у 27 (90%) пациентов, ниже 95% была у 3 (10%).

Без цианоза было 26 (86,7 %) больных с ВПС, легкий акроцианоз носогубного треугольника сопровождал 4 (13,3 %) больных. Вес, соответствующий возрасту был у 28 (93,3%) человек, дефицит массы тела был у 2 (6,7%).

Аускультативно дыхание в легких было везикулярное у 21(70%) пациента, жесткое – у 9 (30%).

Деформация грудной клетки в виде «сердечного горба» была у 3 (10 %) больных. Верхушечный толчок был разлитой у 1 (3,3%) больного. Акцент II тона над легочной артерией выслушивался у 2 (6,7%) больных, ослаблен – у 1(3,3%).

Грубый систолический шум был у 6 (20%) пациентов, умеренный – у 6 (20 %), не было шума у 2 (6,7%) пациентов. Максимальная локализация шума в III межреберье была у 10 (33,3 %) больных, в III-IV межреберье – у 3 (10%), во II-III межреберье – 3 (10%), во II межреберье – у 13 (43,3%). Мягкий диастолический шум выслушивался у 3(10%) больных, локализующийся больше во II межреберье.

Заключения. При изучении распространенности врожденных пороков сердца по городу Бишкек среди детей школьного возраста было выявлено:

1. Распространенность врожденных пороков сердца по г. Бишкек среди детей школьного возраста составляет 1,28 % на 1000 обследованных.

2.По структурному распределению наиболее распространенными врожденными пороками сердца является дефект межжелудочковой перегородки (36,7 %), дефект межпредсердной перегородки по типу открытого овального окна (16,7 %), вторичный дефект межпредсердной перегородки (13,3 %).

3. Среди больных с ВПС преобладает женский пол - 62 (56,9%).

4. У большинства (24 (80%)) пациентов легочное артериальное давление было в пределах нормы, жалоб не возникало (53,3%), в связи с чем многие не обращались (36,7%) и не наблюдались (43,3%) у кардиолога.

Литература.

1. Кожомкулова А.Т. Риск формирования врожденных пороков сердца у детей и оптимизация программ консервативного ведения больных. Автореф. дисс.канд.мед.наук, Бишкек, 2013. – 23с.

2. Афанасенко П.П., Жунузов М., Байбурина С.Х., Джеенбеков К. и др. Особенности распространения некоторых заболеваний у детей высокогорья Киргизии // В кн.: физиология и патология организма в условиях высокогорья, вып.2.92, Фрунзе, 1973. – с. 90-102.

3. Джумадилов Ш.Д., Станбеков Э.С.

Распространенность высокой легочной гипертензии среди детей и подростков Киргизии. В ст.: Развитие хирургии в Киргизии. Фрунзе, 1988. – с. 18-21.

4. Алдашева Н.М. Факторы риска формирования врожденных пороков развития и клинико-функциональная характеристика врожденных пороков сердца в Кыргызской Республике, дисс.докт.мед.наук, Бишкек, 2011. – 33с.

5. Приходько В.С., Детская кардиоревматология. Киев, 2005г – 520с.

6. Бураковский В.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. Руководство. Москва, «Медицина», 1989г.- 750с.

7. Зиньковский М.Ф., Диагностика врожденных пороков сердца. Киев,1999г – 230с.

8. Воронцов Ю.М., Невоспалительные заболевания сердца. Москва,1991г.- 100с.

9. Волосовец А.П. Врожденные пороки сердца. Харьков, 1999г. – 120с.

10. Бебезов И.Х. Оценка результатов хирургического лечения дефектов межпредсердной перегородки у больных, проживающих в условиях различных высот Кыргызской Республики, дисс.докт.мед.наук, Бишкек 2001. – 86с.

11. Фокина В.В. Региональный мониторинг врожденных пороков сердца у детей и пути его оптимизации. Диссертация. канд. мед. наук: 14.00.09. – Москва, 2005 г.– 133с.

УДК 616.831-001.34+ 616-08+616.831-008.6+616.13-002.2

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ У ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Турдушева Д.К., Молдоташова А.К., Бошкоев Ж.Б., Шерова А.А., Герасимов Э.М.

The results of two different approaches to respiratory support after surgical intervention are analyzed in 70 surgical patients, including 40 patients having synchronized pressure support ventilation and 50-80% spontaneous intermittent mandatory ventilation (SIMV + PSV) (Group 1) and 33 patients receiving continuous positive end-expiratory airway pressure (CPAP + PSV) (Group 2). Respiratory therapy has been ascertained to provide at least 50-80% of the minute ventilation volume in surgical patients after interventions when respiratory failure develops in the postoperative period. Diminished respiratory support may be performed only after neurological stabilization and within 24 hours. Early transition to spontaneous respiration increases the duration of artificial ventilation and worsens neurological symptoms.

Прекращение респираторной поддержки - одна из наиболее сложных задач интенсивной терапии. Перевод больных на самостоятельное дыхание может составлять до 60% всего времени проведения ИВЛ [1]. Процесс прекращения респираторной поддержки включает не только непосредственно отключение пациента от аппарата ИВЛ, но нередко и длительный период уменьшения респираторной поддержки [2, 3, 6,7]. В настоящее время разработаны и успешно используются протоколы снижения респираторной поддержки для пациентов с общей соматической патологией [4], однако при использовании этих протоколов в отделениях реанимации частота осложнений достигает 60-80%, а летальные исходы - 30-40% [5]. У пациента реанимационного отделения причиной дыхательной недостаточности, потребовавшей проведения ИВЛ, может быть заболевание легких, нейрогенное нарушение регуляции дыхания и сочетание этих двух причин. Учитывая отсутствие протокола респираторной терапии для больных с хирургической патологией, мы провели анализ вариантов респираторной поддержки у пациентов с нарушениями центральных механизмов регуляции дыхания после обширных хирургических операций, не имевших до операции заболеваний легких.

Материалы и методы. В исследование вошли 74 пациента, оперированные по поводу хирургической патологии операций на брюшной полости в Национальном Госпитале МЗ КР в 2009-2012 гг. с осложненным течением послеоперационного периода. Распределение по полу составило 50,5%

мужчин и 49,5% женщин. Средний возраст пациентов составил 34 + 8 лет. Критериями включения в исследуемую группу были: восстановление сознания в течение 24-48 ч после операции; нарушения центральных механизмов регуляции дыхания, требующие пролонгирования ИВЛ. Все пациенты после операции поступали в отделение интенсивной терапии в состоянии продолженного наркозного сна на ИВЛ через оротрахеальную интубационную трубку. При поступлении осуществлялось полное замещение необходимого минутного объема вентиляции. Снижение респираторной поддержки происходило по мере регресса центрального нарушений дыхания после восстановления сознания (24-48 ч после операции). ИВЛ осуществлялась в режимах синхронизированной и спонтанной вентиляции с поддержкой по давлению с положительным давлением к концу выдоха (SIMV + PSV и CPAP + PSV) на дыхательных аппаратах Bird, Drager. У всех пациентов в послеоперационном периоде использовался базовый протокол интенсивной терапии. Регистрировались все изменения режимов ИВЛ, включая частоту спонтанных дыхательных движений, частоту навязанных дыхательных движений, дыхательный объем, уровень поддержки давлением, содержание кислорода во вдыхаемой смеси, уровень положительного давления в конце выдоха, напряжение $PaO_2/PaCO_2$, а также частоту коррекций режимов ИВЛ в сутки.

Решение о готовности к прекращению ИВЛ принималось в соответствии с критериями международного протокола "Evidence-based guidelines for weaning and discontinuation of ventilatory support" ($PaO_2/FiO_2 > 200$, PEEP < 5 см вод. ст., PS < 8-10 см вод. ст., $SpO_2 > 90\%$, RR < 30, $FiO_2 < 30\%$, ШКГ > 10).Успешным прекращением респираторной поддержки считалось самостоятельное дыхание в течение 2 сут без нарастания неврологического дефицита и дыхательных нарушений.

В результате оценки респираторной поддержки в послеоперационном периоде все больные разделились на 2 основные группы:1-я группа, в которой респираторная поддержка осуществлялась в режиме синхронизированной вентиляции с поддержкой по давлению с замещением самостоятельного дыхания на 50-80% (SIMV + PSV), - 41 наблюдение ("максимальное замещение функции дыхания").2-я группа, в которой респираторная поддержка проводилась в режиме поддержки дыхания давлением с положительным давлением в конце выдоха (CPAP + PSV), - 33 наблюдения ("минимальная респираторная поддержка"). В обеих группах у пациентов отмечалось восстановление уровня сознания в первые сутки после операции. Распределение пациентов по нарушениям витальных функций в послеоперационном периоде в виде нарастания неврологического дефицита, гемодинамической нестабильности и дыхательной недостаточности представлены в табл.1.

Таблица 1. Распределение послеоперационных осложнений (в %) в группах пациентов

Осложнение	1-я группа	2-я группа
Нарастание стволовой симптоматики	63,4	60,6
Гемодинамическая нестабильность	39*	36,3*
Дыхательные нарушения	100	100

Максимальная выраженность гемодинамических нарушений приходилась на первые 24-36 ч после оперативного вмешательства.

Артериальная гипотензия корригировалась введением фенилэфрина и коллоидных препаратов с поддержанием систолического АД в пределах 110-140 мм рт. ст.

Результаты исследования и их обсуждение. Во всех наблюдениях с осложненным течением послеоперационного периода дыхательные нарушения были центрального генеза. По мере восстановления уровня сознания снижалась респираторная поддержка. Результаты сопоставления газового состава крови, параметров и длительности вентиляции приведены в табл. 2.

Таблица 2. Результаты сопоставления основных регистрируемых параметров в двух группах

Параметр	1-я гр (n = 41)	2-я гр (n = 33)
Режим ИВЛ	SIMV + PSV	CPAP + PSV↔SIMV + PSV
Частота дыханий респиратора, %	50-80	0-80
Частота дыханий в 1 мин	10-15	12-30
Дыхательный объем, мл/кг	7 + 2	9 ± 3
Pressure Support, см вод. ст	10-16	12-22
ра02, мм рт. ст.	90 ± 10	87 ± 13
раСО2, мм рт. ст.	37 ± 7	40 ± 12
Частота коррекций режима ИВЛ, сут	1-2	4-10
Длительность ИВЛ, сут	8,5 ±2	17,2 ± 3

Как видно из табл. 1, обе группы больных были сопоставимы по тяжести осложнений послеоперационного периода (выраженность гемодинамических нарушений и нарастание неврологического дефицита). В 1-й группе замещение нарушенной функции дыхания было наибольшим – 50-80% (SIMV + PSV). В этой группе отмечались незначительные колебания частоты дыхания (за счет вставочных спонтанных вдохов пациента), дыхательного объема (7 ± 2 мл/кг). Сдвиги газового состава крови были в пределах нормы. Частота коррекций режима ИВЛ не превышала 2 раз в сутки. 2-я группа характеризовалась более высоким уровнем бодрствования, но наличие грубых нарушений дыхания по центральному типу делало очевидным невозможность прекращения ИВЛ. У этих пациентов использовался вспомогательный режим вентиляции легких с поддержкой вдоха давлением (CPAP + PSV). Недооценка тяжести состояния больных (дыхательных нарушений), связанная с высоким уровнем бодрствования, и выявление формальных критериев готовности пациента к прекращению ИВЛ приводили к неоднократным попыткам снижения респираторной поддержки. В результате отмечались эпизоды нарушений дыхания по стволовому типу (тахипноэ/брадипноэ), сопровождавшиеся нарастанием неврологического дефицита и снижением уровня бодрствования, что вынуждало вновь увеличивать респираторную поддержку. Во время этих эпизодов не отмечалось эпизодов гипоксии, однако у пациентов со стволовым тахипноэ отмечалась тенденция к снижению раСО3. Состояние больных этой группы было крайне нестабильным, что приводило к частым коррекциям режимов ИВЛ (4-10 раз в сутки), вплоть до перевода в синхронизированные режимы вентиляции (SIMV + PSV).При сравнении групп выявлено, что средняя длительность ИВЛ в 1-й группе была меньше (8,5 ± 2 сут), чем во 2-й (17,2 ±3 сут).

Успешный перевод в режим вентиляции с поддержкой вдоха давлением (режим CPAP + PSV) в 1-й группе проводился после стабилизации стволовой симптоматики у больных в течение 24 ч, что подтверждалось ежедневным анализом динамики гемодинамических нарушений. Максимальное замещение нарушенной функции дыхания и отсутствие попыток снижения респираторной поддержки до стабилизации состояния объясняет относительно благоприятное течение послеоперационного периода в 1-й группе (меньшая длительность ИВЛ). Вероятно, недостаточное замещение нарушенной функции дыхания у больных в раннем послеоперационном периоде формирует порочный круг, приводящий к нарастанию: нарушение дыхания → транзиторная гипоксия мозга → вторичное повреждение ствола головного мозга → усугубление нарушения центральных механизмов регуляции дыхания.

Вывод

Респираторная терапия у хирургических больных с развитием дыхательных нарушений в послеоперационном периоде, должна обеспечивать замещение не менее 50-80% минутного объема вентиляции (в режиме синхронизированной вентиляции с поддержкой спонтанных вдохов давлени-

ем). Это позволяет не только уменьшить время пребывания больного на ИВЛ, но и улучшить исходы. Безопасное снижение респираторной поддержки возможно только после стабилизации гемодинамики и соматической симптоматики в течение 24 ч. Преждевременный перевод больного на спонтанную вентиляцию с поддержкой вдоха по давлению значительно увеличивает длительность ИВЛ и способствует нарастанию дыхательной недостаточности и стволовой неврологической симптоматики.

Литература

1. Esteban A., Alia I. et al. // Chest. - 1994. - Vol. 106. -P. 1188-1193.
2. KnebelA., Shekteton M. E. et al. // Am. J. Crit. Care. - 1994.-Vol. 3. - P. 416-420.
3. KnebelA., Shekleton M. E. et al. // Am. J. Crit. Care. - 1998.-Vol.7. -P. 149-152.
4. Mclniyre N. K. // Chest. - 2001. - Vol. 120. - P. 375-396.
5. Namen A. M., Douglas L. et al. // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 2001. - Vol. 163. - P. 658-664.
6. Pelosi P, Ferguson ND, Frutos-Vivar F, Anzueto A, Putensen C, Raymondos K, Apezteguia C, Desmery P, Hurtado J, Abroug F, Elizalde J, Tomicic V, Cakar N, Gonzalez M, Arabi Y, Moreno R, Esteban A; Ventila Study Group. Management and outcome of mechanically ventilated neurologic patients. Crit Care Med. 2011 Jun; 39(6):1482-92.
7. Vargas F, Boyer A, Bui HN et al. Respiratory failure in chronic obstructive pulmonary disease after extubation: value of expiratory flow limitation and airway occlusion pressure after 0.1 second (P0.1). // J Crit Care. 2008; №23(suppl 4): p577-84.

УДК 616.831-001.34+ 616-08+616.831-008.6+616.13-002.2

ПАТОГЕНЕЗ И ТЕРАПИЯ ОСТРОГО РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА

Молдоташова А.К., Турдушева Д.К., Бошкоев Ж.Б.

КГМИПК и ПК, кафедра анестезиологии-реаниматологии ФУВ, Бишкек, Кыргызстан

Ключевые слова: Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС), внесосудистая жидкость в легких (EVLWI).
Key words: Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS), extravascular lung water index (EVLWI).

Введение. Острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) имеет сложные и многофакторные механизмы патогенеза, среди которых одним из ведущих и, как считают многие исследователи, универсальным является увеличение внесосудистой жидкости в легких (EVLWI).

Цель исследования. Изучить роль накопления внесосудистой жидкости в легких в патогенезе развития ОРДС.

Пациенты и методы. Обследовано 23 больных (9 женщин, 14 мужчин; возраст от 17 до 79 лет) с прямым (10 больных) и непрямым (13 больных) острым повреждением легких, приведших к развитию ОРДС. Диагноз ОРДС устанавливали согласно общепринятым критериям. При включении в исследование все больные не различались по тяжести состояния (APACH 22±6) и исходной степени тяжести повреждения легких (PaO2/FiO2=165,1±17,2, LIS≥2,5 балла), интенсивная терапия была стандартизирована, искусственная вентиляция легких (ИВЛ) проводилась в контролируемом режиме с управляемым объемом в соответствии с принципами «безопасной ИВЛ». На этапах лечения изучали динамику показателей газообмена, биомеханики легких, кардиогемодинамики, степени волемии и экстравазации жидкости в легких с использованием респираторов Drager, газоанализатора Radiometer 800, мониторной системы PiCCO +.

Результаты. В ходе исследования все больные были разделены на 2 группы. Группа А (n=10) – больные, у которых исходно низкий индекс оксигенации (PaO2/FiO2 =189,5±11,7 мм рт. ст.) сопровождался исходно повышенным содержанием внесосудистой жидкости в легких (EVLWI=14,6±2,3 мл/кг). Группа В (n=13) – больные, у которых исходно низкий индекс оксигенации (PaO2/FiO2=183,5±13,2 мм рт. ст.) не сопровождался исходно повышенной экстравазацией жидкости в легких (EVLWI=6,3±1,2 мл/кг). В группе А было 7 больных с прямым и 3 больных с непрямым повреждением легких. В группе В было 4 больных с прямым и 9 больных с непрямым повреждением легких. В ходе исследования у всех больных увеличение EVLWI более 9,5 мл/кг сопровождалось снижением PaO2/FiO2 менее 200, а снижение EVLWI менее 7 мл/кг приводило к достоверному росту PaO2/FiO2. Большая эффективность применения маневра открытия легких и прон-позиции у всех больных отмечали в условиях нормального, по сравнению с повышенным, EVLWI (средний прирост индекса оксигенации составил 28,5±3,2% и 18,3±4,6%, соответственно). Нарастание у больных EVLWI более 9,5 мл/кг, несмотря на проводимую терапию, ассоциировалось с увеличением продолжительности ИВЛ и ростом летальности (8 больных, – 2 с прямым и 6 с непрямым ОРДС), по сравнению с больными, у которых удавалось контролировать EVLWI менее 7 мл/кг (15 больных – 9 с прямым и 6 с непрямым ОРДС) (11,5±2,4 сут и 17,2±4,1 сут; 42,3% и 25%, соответственно).

Заключение. EVLWI не является единственным и универсальным фактором патогенеза развития ОРДС, определяющим

степень тяжести ОДН, а зависит от формы ОРДС. Имеется четкая зависимость между изменениями EVLWI и PaO2/FiO2, которая определяет динамику течения ОРДС и исход заболевания.

Выводы. 1. Повышение экстравазации жидкости в легких не является обязательным компонентом ОРДС. 2. Терапия, направленная на уменьшение степени экстравазации жидкости улучшает оксигенирующую функцию легких, что является благоприятным фактором в разрешении ОДН. 3. Увеличение в динамике степени экстравазации жидкости в легких является предиктором прогрессирования ОДН и фактором, ухудшающим исход заболевания.

УДК 616.24-092.9:616.155.18

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ШОКОВОГО ЛЕГКОГО ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ МОДЕЛИРОВАНИИ НА СОБАКАХ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Маматова К.Т.

Кыргызско-Российский Славянский университет, Бишкек

Гетеротрансфузионной шок является классической экспериментальной моделью, почти в 100% приводящей к тяжелым морфофункцияональным изменения в легких, проявляющимся в виде синдрома дыхательных расстройств (7). Комплексные морфологические, функциональные и биохимические исследования на мелких лабораторных животных проводить очень затруднительно, особенно в динамике, из-за большого отсева кроликов, морских свинок и даже крыс. Поэтому провести прямые исследования легочной и системной гемодинамики, функции внешнего дыхания, биохимии венозной и артериальной крови, других биологических жидкостей, и дать развернутый корреляционный анализ, оценить вклад тех или иных сдвигов при тяжелой патологии, какой является шок, можно только на относительно больших и живучих животных, как например собака. На кафедре патологической физиологии КГМА и патологической анатомии КРСУ уже не одно десятилетие занимаются вопросами патогенеза и морфогенеза шока, а также саногенеза постшоковых состояний (1, 4, 5, 6). Однако роль некоторых механизмов, исследование которых стало возможных с внедрением новых технологий, остается недостаточно изученной.

Целью исследования явилось изучение морфофункциональных изменений легких и системной гемодинамики при гемотрансфузионном шоке у собак разного возраста.

Дизайн исследования. Исследование проведено на 97 собаках разного возраста, подразделенных на 4 возрастные группы (до 1 месяца и 1-3 месяца, 1-2 года, старые собаки – около 10 лет). Гемотрансфузионный шок моделировался трансфузией гетерогенной крови из расчета 10 мл на 1 кг массы тела животных. Под местной анестезией обнажали сонную артерию и яремную вену слева и обе бедренные вены, затем водился в/в гепарин из расчета 200 ед. на 1 кг массы. Определялось системное давление в аорте (АД), минутный (МОК) и ударный объем крови (УОК), частота сердечных сокращений (ЧСС), общее периферическое сопротивление (ОПС). Оксигенацию артериальной и венозной крови определялись помощью оксигемометра. Артериовенозную разницу – расчетным путем. Затем через катетер в яремную вену вводили свежее заготовленную кровь человека группы АВ (IV) и фиксировали изменения показателей на 5, 15, 30, 45, 60 и 90 минуте. Контролем служили животные, забитые до введения инородной крови. Остальных щенков умертвляли спустя 15 и 60 минут, 1 и 3 суток.

Из верхней доли левого легкого готовился бронхоальвеолярный смыв (БАС) из расчета 100 мл 0,5% раствора глюкозы на 10 г ткани легкого, затем промытое легкое гомогенизировали, центрифугировали и из надосадочной жидкости готовили 10% экстракт. Поверхностную активность (ПА) внеклеточного сурфактанта оценивали в БАС, ПА клеточного сурфактанта в экстракте после смыва (ЭПС). На тензиоспектрометре-ТСМ-001 (3) измеряли минимальное (ПН мин) и максимальное поверхностное натяжение (ПН макс), на основе которых высчитывали индекс стабильности (ИС). Парафиновые срезы легких, почек, сердца окрашивались гематоксилином и эозином. Морфометрически определяли толщину альвеолярных перегородок.

Полученные результаты и их обсуждение. В норме гистологическая структура легких зависела от возраста собак и соответствовала их видовым особенностям. У взрослых и старых собак легкие были более воздушные.Площадь просвета альвеол значительно преобладала над площадью паренхимы. Альвеолярные перегородки были тонкими, малоклеточными. Толщина их составила 9,4±0,5 мкм. Запирательные пластинки (ЗП) и мышечный слой респираторных бронхиол был мощным, четко контурирующимся. В стенках бронхов у старых собак имелись лимфогистиоцитарные инфильтраты, перибронхиальный склероз.У щенков легкие были менее воздушны. Альвеолы округлые, меньшего размера Альвеолярные перегородки более толстые, гиперклеточные. Толщина 11,6±0,5 мкм.В просвете альвеол часто встречались альвеолярные макрофаги (МФ), что свидетельствовало, что продолжающейся адаптация дыхательной системы щенков к новым условиям. Новорожденных щенков (1-2 дня) мы не исследовали в связи со сложностью функциональных исследований.

Введение гетерогенной крови приводило у взрослых собак и щенков второй возрастной группы к кратковременному (на несколько секунд) повышению АД, а затем длительному падению, несколько восстанавливающемуся спустя 90 мин (рис.1).

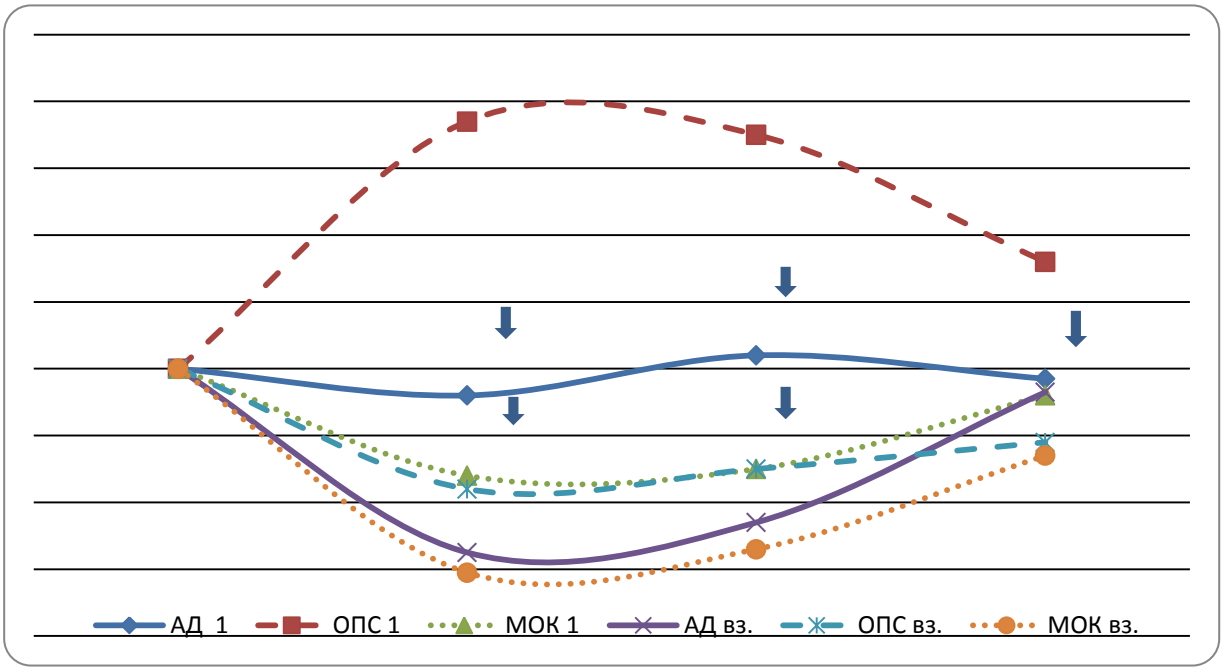


Рис.1.Гемодинамические изменения у собак различного возраста при введении чужеродной крови. *Примечание: стрелка – критерий достоверности различий с группой взрослых собак p<0,05*

У взрослых собак через 5 минут после введения чужеродной крови АД снижалось на 56%. Резкое падение АД является очень характерным для развития шока и указывает на тяжелое его течение. Артериальная гипотензия удерживалась с небольшими колебаниями в течении 45 минут. В дальнейшем АД постепенно повышалось и достигало исходного уровня спустя 90 минут после начала опыта. Минутный объем крови на 5

минуте от начала развития гемотрансфузионного шока снижался на 58%. В дальнейшем наступало постепенное повышение этого показателя, хотя к исходу опыта (90 минут) МОК оставался ниже первоначальных величин (на 21,5%). Следует отметить, что падение МОК развивалось на фоне тахикардии. Темп сердечных сокращений на 10% превышал исходный уровень. Другим важным патогенетическим фактором, определяющим изменения гемодинамики при гемотрансфузионном шоке у собак, является заметное падение общего периферического сопротивления сосудов. Наиболее выраженное падение ОПС выявлено в первые 5 минут шоковой реакции (на 27,1%).

У щенков младшей возрастной группы достоверного падения АД не выявлено, сдвиг ЧСС также был не достоверен. Сдвиги МОК у щенков были достоверно меньшими нежели у взрослых собак ($p<0,05$). У щенков первой возрастной группы тип реагирования был совершенно другой. Так уже на 5 минуте происходило резкое почти 80% увеличение ОПС ($p<0,001$), в чем принципиальное а не количественное отличие от контроля. К 15 минуте уровень ОПС практически не менялся и только к 90 минуте несколько снижался, но оставался достоверно больше контрольной величины ($p<0,05$).

Кислородное насыщение артериальной крови (O_2A) у взрослых животных на протяжении 90 минут колебалось в пределах исходных величин (рис. 3). Сдвиг на 5 минуте составил 6% будучи не достоверным ($p>0,05$). В отличие от артериальной оксигенации насыщение венозной крови кислородом (O_2B) претерпевало выраженные изменения. Отчетливое снижение кислородного насыщения венозной крови отмечалось уже с 5 минуты гемотрансфузии. Максимальный сдвиг O_2B отмечен на 45 минуте, оставаясь и в дальнейшем на пониженном уровне.

У щенков реакция O_2A и O_2B выглядела совершенно иначе. Сдвиги O_2A были еще менее заметны нежели у взрослых особей. Наибольший градиент O_2B приходился на 5 минуту после гемотрансфузии. После этого наблюдалась четко выраженная фазность процесса: резкий подъем насыщения венозной крови на 15 минуте затем спад на 45 минуте и нормализация к 90 минуте.

Макроскопически легкие взрослых собак после введения чужеродной крови были полнокровными, пестрыми, отечными, с множественными точечными и пятнистыми кровоизлияниями. У щенят младшей группы легкие внешне были менее изменены, отмечались лишь единичными точечные кровоизлияния. Гистологически в легких выявлялся бронхоспазм, ткань легких с чередованием очагов эмфиземы и ателектаза, множественные точечные кровоизлияния. Сосуды микроциркуляторного русла резко полнокровны, местами в просвете выявлялся стаз, местами - гемолиз эритроцитов.

При посмертных исследованиях обнаружены фазные изменения уровня внеклеточного и клеточного сурфактанта, взаимосвязанные с нарушениями структуры легких, зависящие от возраста щенков и срока исследования после введения гетерогенной крови. У взрослых собак и щенков старшей возрастной группы уже через 15 мин после гемотрансфузии ПА внеклеточного сурфактанта (функционально активной фракции ССЛ) резко снижалась, об этом свидетельствует рост на 76,7% ПН мин, и снижение на 36,8% ИС в БАС. Сдвиги клеточного сурфактанта были не достоверными.

Через 60 мин после введения чужеродной крови морфологические изменения в легких нарастали, очаги ателектаза и кровоизлияний стали более распространенными, во многих альвеолах обнаруживалась белковая жидкость, нарастал гемолиз эритроцитов в сосудах микроциркуляции. Максимально снижалась ПА обеих фракций сурфактанта. Рост ПН мин в БАС составил 88%. Через 1 сутки от момента введения крови легкие оставались морфологически измененными, обнаруживались очаги кровоизлияний и ателектаза, но преобладала эмфизема. Это сопровождалось увеличением ПА клеточного и неклеточного сурфактанта до контрольного уровня. На 3 сутки после гемотрансфузии наблюдается постепенное восстановление нормальной аэрации альвеол и кровенаполнения сосудистого русла. Однако кровоизлияния в легких

остаются. В просвете альвеол много альвеолярных макрофагов, сидерофагов.

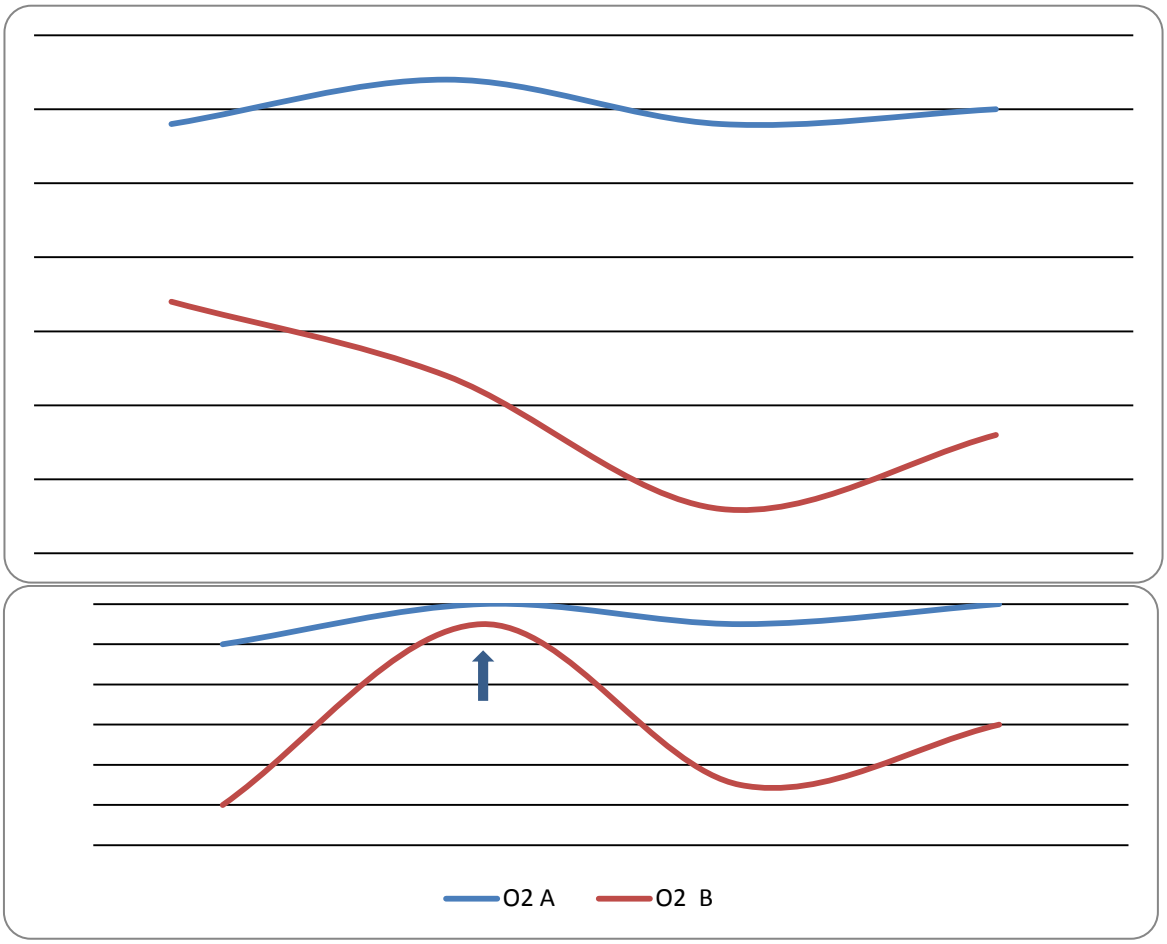


Рис.1 Динамика насыщения артериальной и венозной крови кислородом (O_2A и O_2B)
Примечание: стрелка – критерий достоверности различий с группой взрослых собак $p<0,05$.

У щенков младшего возраста структурные повреждения легких на всех этапах опыта были выражены меньше. По сути дела картина респираторного дистресс-синдрома не наблюдалась. В первые минуты и часы легкие были полнокровны, эмфизематозно вздуты, но без распространенных ателектазов и кровоизлияний.

Показатели ПА клеточного и внеклеточного сурфактанта на 15 и 60 минуте опыта не отличались от контрольных величин. Спустя 1 и 3 суток отмечен достоверный рост ПА клеточного (резервного) сурфактанта, о чем свидетельствует повышение ИС ЭПС на 16,8% и снижение ПН мин на 12,6%.

Таким образом, выявлены отличия в реакции собак разного возраста на трансфузию гетерогенной крови. У взрослых собак и щенков старшей возрастной группы развивается типичный гемотрансфузионный шок, в легких выявляется картина «шокового легкого» и снижение ПА сурфактанта. У щенков первых недель жизни гемотрансфузионный шок протекает абортивно, без выраженных гемодинамических расстройств и структурных изменений в легких и без существенного повреждения ССЛ.

Литература:

1. Алымкулов Д.А. Особенности газообмена и гемодинамики при кровопотере в условиях высокогорья в онтогенезе // Советское здравоохранение Киргизии. - 1970. -№4.-С.17-20.
2. Антипчук Ю.П., Соболева А.Д. Эволюция респираторных систем.- Новосибирск: Наука, 1976. – 207 с.
3. Белов Г.В. Арбузов А.А., Бримкулов Н.Н. Оценка состояния сурфактантной системы легких. - Бишкек, 2005. - 104 с.

4. Белов Г.В., Тюлюлюева А.К. Применение импульсного низкочастотного электростатического при лечении экспериментальной модели шокового легкого //Современные аспекты реабилитации в медицине: В материалах IV международной конференции, Ереван, 2009. - С. 72-75.
5. Оторбаев Ч.К. Характер гемодинамических сдвигов при гемотрансфузионном шоке у животных различных возрастов // Здравоохранение Киргизии. - 1986. -№2.- С. 21-24.
6. Тилис А.Ю., Казиев А.К. Особенности регуляции гемодинамики при гемотрансфузионном шоке на фоне стресса и постстрессовом периоде // Нарушение механизмов регуляции и их коррекция: тез. Докл. 4 Всес. Съезда патофизиологов. – Кишинев, 1989. Т.2. – М., 1989. – С.751.
7. Dechert RE. The pathophysiology of acute respiratory distress syndrome // Respir Care Clin N Am. 2003. - Sep;Vol.9.-N3. -P.283-96.
8. Ueda T. Effects of aging on surfactant forms in rats / T. Ueda , G. Cheng, Y. Kuroki et. al. // European Respiratory Journal. - 2000, Jan. – Vol.15, №1. – P. 80-4.

ОСНОВНЫЕ КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Абдиев А.Ш.

Национальный хирургический центр МЗ КР (Дир. – акад.. Мамакеев М.М), кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии (Зав. – д.м.н., проф. Сопуев А.А.) КГМА, кафедра хирургических болезней ОшГУ.

С целью определения наиболее часто встречающихся причин неудовлетворительных результатов диагностики и лечения острой спаечной кишечной непроходимости нами было проанализировано 97 медицинских карт стационарных больных, находившихся на лечении в Ошской областной объединенной клинической больнице и Национальном хирургическом центре МЗ КР в 2010 - 2015 годах.

Из общего количества клинических наблюдений, попавших для анализа в представленное научное исследование, женщины составили 44,3% (43 человека), а мужчины составили 55,7% (54 человека).

В структуре заболеваемости острой спаечной кишечной непроходимостью имеет место некоторое количественное преобладание мужчин над женщинами. При возрастном распределении больных с острой спаечной кишечной непроходимостью имеет место преобладание лиц пожилого возраста. Например, более половины клинических наблюдений составили пациенты в возрасте старше 50-ти лет (57,8%).

Преобладание лиц пожилого возраста среди больных острой спаечной кишечной непроходимостью приводит к закономерному увеличению числа сопутствующих заболеваний. А это в свою очередь приводит к более тяжелому и осложненному течения заболевания, увеличивает число диагностически сложных случаев и затрудняет терапию этой категории больных. Наиболее часто у больных с острой спаечной кишечной непроходимостью встречалась сопутствующая патология следующих систем организма: болезни кардиоваскулярной системы – 54,3%, болезни дыхательной системы – 21,2% и болезни мочеполовой системы – 11,4%.

Также имеют место сезонные колебания числа поступивших в стационар больных с острой спаечной кишечной непроходимостью. Наиболее высокие показатели частоты госпитализации больных с острой

спаечной кишечной непроходимостью приходятся на летне-осенние месяцы года. Одной из наиболее вероятных причин этого явления может быть большое потребление свежей фруктово-овощной продукции, содержащей большое количество грубой клетчатки. Это предположение подкрепляется анамнестическими данными.

Сроки поступления больных в зависимости от начала заболевания также разнились между собой. Однако, у более чем половины больных с острой спаечной кишечной непроходимостью сроки поступления в стационар после начала заболевания превышали 12 часов, причем из них у более чем 65% больных сроки поступления в стационар после начала заболевания превышали одни сутки. Очень высокий процент позднего поступления больных с острой спаечной кишечной непроходимостью в стационар связан с низкой степенью медико-социального самосознания населения нашей страны и недостаточным уровнем профессионализма сотрудников центров семейной медицины и учреждений скорой и неотложной помощи первичного звена здравоохранения в части обсуждаемой патологии. Естественно, поздняя доставка в стационар больных с острой спаечной кишечной непроходимостью оказывает влияние на утяжеление тяжести их состояния, отрицательно сказывается на результатах лечения, способствует возникновению различных осложнений и ухудшает прогноз заболевания.

Среди 97-ми больных с острой спаечной кишечной непроходимостью, включенных в представленное научное исследование, ни в одном случае нам не встретилось клиническое наблюдение, в котором бы у исследуемого больного в анамнезе не производилось бы какое либо оперативное вмешательство. Все исследуемые больные ранее перенесли оперативные вмешательства. Из них 39 (40,2%) больных перенесли по одному оперативному вмешательству, 28 (28,9%) больных перенесли по два оперативных вмешательств, 30 (30,9%) больных перенесли по три оперативных вмешательств. Причем, у 77 (79,4%) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее нижних этажах. Только у 23-х (20,6) больных первичное хирургическое вмешательство было произведено на органах брюшной полости, расположенных в ее верхних этажах.

Сроки возникновения острой спаечной кишечной непроходимости после проведения последнего хирургического вмешательства в брюшной полости колебались от 2-х месяцев до 36 лет.

При диагностическом исследовании во всех клинических наблюдениях (97 больных; 100%) была использована обзорная рентгенография органов брюшной полости. У 87-ми (89,7%) больных дополнительно был применен пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту под рентгенологическим контролем. У 58-ми (59,8%) больных проводилось ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

После проведения диагностических и лечебно-консервативных мероприятий по принятой в Национальном хирургическом центре МЗ КР алгоритм - схеме, у 56-ти (57,8%) больных была диагностирована компенсированная спаечная кишечная непроходимость, которую удалось купировать комплексом консервативных медикаментозных мероприятий. Из этих 56-ти больных с компенсированной спаечной кишечной непроходимостью 32-м больным после дополнительного обследования была проведена плановая хирургическая операция без выписки из стационара. 16-ти больным было проведено комплексное консервативное лечение, после которого они были выписаны из клиники. В последующем им произвели плановой оперативное вмешательство в более поздние сроки. Судьбу оставшихся 8-ми больных проследить не удалось.

У 41-го (42,2%) больного была диагностирована механическая острая спаечная кишечная непроходимость. Всем этим больным было произведено оперативное вмешательство в срочном порядке.

Из этих оперированных больных у 21-го – оперативное вмешательство было произведено в течение первых 12-ти часов нахождения в стационаре. 20-ти (48,8%) больным оперативное вмешательство было

произведено после 12-ти часов нахождения в стационаре. Это свидетельствует о промедлении с оперативным вмешательством, примерно, у половины больных. Промедление с оперативным вмешательством в подавляющем большинстве случаев было связано с недостаточным уровнем информативности имеющихся в арсенале врачей методов обследования и отсутствием возможности в короткий срок определить тактику лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью.

Все оперативные вмешательства были произведены под общим эндотрахеальным наркозом. Во всех случаях оперативное вмешательство начинали со срединной лапаротомии, затем производили адгезиолизис острым и реже тупым путем. Тем самым устраняли спаечную кишечную непроходимость. Дополнительно у 13-ти (31,7%) больных дополнительно была произведена резекция большого сальника, у 7-ми (17%) больных была произведена закрытая декомпрессия тонкой кишки, у 2-х (4,9%) больных была произведена интубация толстой кишки, у 2-х (4,9%) больных была произведена аппендэктомия, по одному разу (2,4%) были произведены открытая декомпрессия тонкой кишки, наружная еюностомия и илеотранзверзостомия, у 6-ти (14,6%) больных операцию закончили дренированием брюшной полости. У 30-ти (73,2%) больных была проведена интраоперационная профилактика развития спаечного процесса в брюшной полости по разработанной в НХЦ методике применения для этих целей многокомпонентной мази Левомеколь.

Методика интраоперационного применения мази Левомеколь. После вскрытия брюшной полости и эвакуации патологического содержимого – гной, кровь, желчь, кишечное содержимое и т. д., установления источника хирургической патологии, удаления или изоляции причины перитонита, а также санации и дренирования брюшной полости интраабдоминально вводилась мазь Левомеколь. Перед этим мазь Левомеколь готовилась для внутрибрюшного введения путем нагревания в стерилизаторе до 50ºС в течение 10 минут. При температуре 26^0С и выше мазь приобретает консистенцию легко подвижной гелеобразной массы, что облегчает нанесение на серозные поверхности. Перед ушиванием лапаротомной раны мазь вводится в брюшную полость шприцем, равномерно распределяясь по всей пораженной воспалительным процессом париетальной и висцеральной брюшине в количестве 40 - 160 мл в зависимости от площади брюшины вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс.

У больных с запущенными формами гнойного перитонита при наличии оттока гнойного экссудата по дренажам из брюшной полости в послеоперационном периоде проводилось двух - трехкратное интроабдоминальное введение мази в количестве 10 – 20 мл.

После оперативного вмешательства в течение 1-1,5 суток все больные находились в отделении реанимации, где получали весь комплекс соответствующего послеоперационного лечебного воздействия. Особое внимание обращали на лечебные мероприятия, направленные на предотвращение бронхолегочных и гнойно-септических осложнений, на борьбу с водно-электролитными нарушениями и на купирование болевого синдрома. Также важное место в раннем послеоперационном периоде занимали лечебные мероприятия по стимуляции кишечника и раннему восстановлению функции желудочно-кишечного тракта.

Для стимуляции кишечника чаще всего применяли следующий комплекс медикаментозных средств: у 40-ка (97,6%) больных были применены препараты калия для внутривенных вливаний (поляризующая смесь по 200 мл 2 раза в сутки); у 28-ми (68,3%) больных был применен 0,05% раствор прозерина путем внутримышечного введения по 1 мл каждые 4 часа; у 4-х (9,8%) больных был применен калимин по 1 мл - 0,005 г каждые 4 часа; у 8-ми (19,5%) больных был применен убретид по 0,5 – 1,0 мг 1 раз в сутки; у 40-ка (97,6%) больных были применены стимулирующие гипертонические клизмы 2 раза в сутки; у 3-х (7,3%) больных было применено перидуральное введение анестетиков.

У 8-ми (21,1%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной не-

проходимостью начало возникновения первых перистальтических шумов случилось на вторые сутки после операции, у 20-ти (52,6%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью начало возникновения первых перистальтических шумов случилось на третьи сутки после операции, у 10-ти (26,3%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью начало возникновения первых перистальтических шумов случилось на четвертые сутки после операции.

У 6-ти (16,8%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на третьи сутки после операции. У 21-го (53,3%) послеоперационного больного с острой спаечной кишечной непроходимостью адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на четвертые сутки после операции. У 11-ти (29,9%) послеоперационных больных с острой спаечной кишечной непроходимостью адекватная устойчивая перистальтика кишечника аускультативно стала подтверждаться на пятые сутки после операции.

Начало самостоятельного отхождения кишечных газов у 6-ти (15,8%) послеоперационных больных настало на третьи сутки. Самостоятельное начало отхождения кишечных газов у 20-ти (52,6%) послеоперационных больных настало на четвертые сутки. Самостоятельное начало отхождения кишечных газов у 12-ти (31,6%) послеоперационных больных настало на пятые сутки.

У 5-ти (13,2%) больных начало восстановления стула произошло на 5-е сутки послеоперационного периода. У 6-ти (15,8%) больных начало восстановления стула произошло на 6-е сутки послеоперационного периода. У 7-ми (18,4%) больных начало восстановления стула произошло на 7-е сутки послеоперационного периода. У 16-ти (42,1%) больных начало восстановления стула произошло на 8-е сутки послеоперационного периода. У 4-х (10,5%) больных начало восстановления стула произошло на 9-е сутки послеоперационного периода.

Запоздалое возобновление перистальтики желудочно-кишечного тракта у больных после операции по поводу острой спаечной кишечной непроходимости имеет место вследствие длительности заболевания и неадекватным использованием различных методов профилактики послеоперационного пареза кишечника во время операции.

Три (7,3%) случая были исключены из группы анализа в данном контексте в связи с летальными исходами этих больных в раннем послеоперационном периоде.

В 4-х (9,8) случаях имели место послеоперационные осложнения. Из них в одном случае послеоперационный период осложнился инфильтратом брюшной полости, который был излечен комплексом консервативных мероприятий. В 3-х случаях имело место ранняя спаечная кишечная непроходимость, перфорация сигмовидной кишки и продолжающийся (третичный) перитонит с наличием множественных тонкокишечных свищей. Три последних осложнения потребовали повторных оперативных вмешательств.

В группе оперированных больных, состоящей из 41-го больного летальных исхода было – 3, что составило 7,3% послеоперационной летальности. Как показал анализ послеоперационной летальности, все три случая летального исхода характеризовались поздними сроками госпитализации (от 2 суток до 2 недель) и наличием клинических, лабораторных и инструментальных признаков перитонита. От момента поступления все оперативные вмешательства были выполнены в течение 2-х – 4-х часов. Причиной всех летальных исходов явился перитонит, в одном случае смерть больной наступила в раннем послеоперационном периоде через 6 часов после оперативного вмешательства. В двух других случаях летальных исходов их причиной явился продолжающийся (третичный) перитонит, приведший к развитию абсцессов брюшной полости и формированию кишечных свищей. В одном случае это потребовало 2-х релапаротомий. В другом случае это потребовало 3-х релапаротомий. У этих больных летель-

ный исход наступил на 27-е и на 54-е сутки после первичной операции. Совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов имело место во всех случаях.

В 38-ми случаях больные были выписаны из стационара на 9-е – 29-е сутки послеоперационного периода в стадии выздоровления. Показатель среднего койко-дня послеоперационного периода у этих больных равнялся 15,1.

Таким образом, проведенное исследование результатов ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью показало, что неудовлетворительные результаты лечения этой категории больных в большинстве случаев являются следствием поздней госпитализации, затягиванием периода предоперационного обследования, отсутствием четко обоснованных показаний к использованию различных методов оперативных вмешательств, недостаточное внимание к применению различных интраоперационных способов профилактики рецидива спаечной болезни брюшной полости и пареза желудочно-кишечного тракта. Результаты этих исследований показали приоритетные пути дальнейшей оптимизации диагностики и лечения больных острой спаечной кишечной непроходимостью.

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ЛЕВОМЕКОЛЬ В МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Акматов Т.А.

**Национальный хирургический центр
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
(директор – акад. М.М. Мамакеев)**

Резюме. *В статье предложена методика местного лечения острого деструктивного панкреатита с применением мази на основе полиэтиленгликоля. Исследование произведено в Национальном хирургическом центре МЗ КР у 129 больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита. Повторные программированые ревизии и санации зоны поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки с применением местной сорбционно-дегидратационной терапии создают условия для более полной эвакуации некротических тканей и инфицированного выпота. Показано положительное воздействие мази при отторжении секвестров, снижение гнойно-инфекционных осложнений за счет гидрофильных и антибиотических свойств мази Левомеколь.*

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, оментобурсостомия, мазь Левомеколь.

CLINICAL SUBSTANTIATION OF APPLICATION OF OINTMENT LEVOMEKOL IN LOCAL THERAPY OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Akmatov T.A.

The National surgical center of Ministry of Health of the Kyrgyz Republic (the head – acad. M/M/ Mamakeev)

Abstract. *The article proposed a method for the topical treatment of acute destructive pancreatitis with the use of an ointment based on polyethylene glycol. The study produced by the National surgical center of Ministry of Health in 129 patients operated on for acute destructive pancreatitis. Reprogramming audit and remediation area of the pancreas and retroperitoneal fat with the use of local sorption dehydration therapy create conditions for a more complete evacuation of necrotic tissue and infected effusion. The positive impact of ointment in desequestration, reduced purulent infection due to the hydrophilic properties and antibiotic properties of ointment Levomekol.*

Keywords*: acute destructive pancreatitis, omentobursostomy, ointment Levomekol.*

Введение. В структуре основных нозологических форм больные с острым панкреатитом (ОП) традиционно занимают третье место после острого холецистита и острого аппендицита. По темпам роста заболеваемости острый панкреатит опережает все другие неотложные заболевания органов брюшной полости: по мировым статистическим данным, варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн человек населения в год [3,4]. Острый панкреатит продолжает оставаться одной из самых серьезных проблем ургентной хирургии, главным образом из-за высокого уровня летальности. Уровень летальности при остром панкреатите в среднем составляет 3,1–6,2 %. Летальные исходы обусловлены деструктивными формами этого заболевания, общая частота которых достигает 10–17 %, а уровень летальности — 25–35 % и более [5,6].

Материал и методы. С целью обоснования комплексного оперативного вмешательства с применением оментобурсостомии, регулярных санаций сальниковой сумки и местной терапии с мазью Левомеколь нами проведена характеристика обнаруженных изменений в патологическом очаге у 74 больных контрольной группы (КГ) во время первичной и 20-ти повторых операций, а также во время аутопсий у 37 умерших больных из этого числа, и у 55-ти больных основной группы (ОГ).

У большинства больных преобладали обширные поражения поджелудочной железы. Поражение парапанкреатической клетчатки при первичной операции имело место у 30 (40,1%) больных.

В КГ были включены больные, которым проводилось традиционное оперативное вмешательство (табл. 1). Как показано в таблице, летальность у больных КГ составила 50,0%, что объясняется, по-видимому, тем, что до 1991 года в хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита мы отдавали предпочтение "закрытым" операциям и заканчивали оперативные вмешательства "сквозным" дренированием сальниковой сумки. В 7-ми случаях, помимо "сквозного" дренирования сальниковой сумки, производили оментопанкреатопек-

сию. На основании изучения течения послеоперационного периода и анализа возникших осложнений, а также по данным литературы (С.Ф.Кресенко,1987; H.U.Sons,1989), мы пришли к выводу о неэффективности "сквозного" дренирования сальниковой сумки по обеспечению адекватной эвакуации экссудата и секвестров поджелудочной железы.

Таблица 1. - Виды произведенных оперативных вмешательств при остром панкреатите у больных контрольной группы

Виды операций	Дренирование сальниковой сумки		Оментопанкреатопексия		Некрэктомия		Резекция поджелудочной железы		Всего	
Формы	Абс	Умерло	Абс	Умерло	Абс	Умерло	Абс	Умерло	Абс	Умерло
Отечный	12	1	-	-	-	-	-	-	12	1
Жировой	5	-	7	3	-	-	-	-	12	3
Смешанный	14	9	-	-	6	4	3	2	23	15
Геморрагический	7	4	-	-	7	5	4	4	18	13
Гнойный	6	3	-	-	3	2	-	-	9	5
Всего	44 (59,5%)	17 (38,6%)	7 (9.5%)	3 (42,9%)	16 (21,5%)	11 (68,8%)	7 (9,5%)	6 (85,7%)	74 (100%)	37 (50,0%)

Показано (Сопуев А.А., Иманов Б.М., 2005), что в оставшейся части поджелудочной железы после выполнения ее резекции или некрэктомии с последующим закрытием брюшной полости по поводу обширного панкреонекроза продолжает прогрессировать некротический процесс. На основании изучения данных 20-ти релапаротомий и 37-ми аутопсий, было подтверждено, что гнойно-воспалительные осложнения в большинстве случаев формируются в области максимального некроза поджелудочной железы и сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки и клетчатке корня тонкой и толстой кишок.

Поэтому оправдана целесообразность применения комплексного оперативного вмешательства с наложением оментобурсостомы, регулярных санаций сальниковой сумки и применением местной сорбционно-дегидратационной терапии, основанных на патогенетических особенностях обширного панкреонекроза и которые позволяют проводить визуальный контроль за состоянием раны на всем протяжении и в ее глубине.

При поступлении больных с острым панкреатитом в стационар лечение начинали с комплекса консервативных мероприятий, направленных на купирование патологического процесса в поджелудочной железе, выведение больного из состояния панкреатогенного шока, коррекцию сердечно-сосудистой, дыхательной и печеночно-почечной недостаточности, устранение обменных нарушений, иммунокоррекцию, а также профилактику и лечение осложнений. При неэффективности консервативных мероприятий и наличии показаний производили оперативное вмешательство. Практически все пациенты из основной группы больных подверглись оперативному вмешательству в течение первых суток пребывания в стационаре. Средний срок оперативных вмешательств, с учетом периода от начала заболевания до поступления в клинику в основной группе больных, составил 58,8±8,8 часов, а в контрольной группе - 144,3±15,0 часов.

У всех больных ОГ имел место обширный панкреонекроз, под которым мы подразумеваем субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы. Причем в 6 (10,9%) случаях это был жировой панкреонекроз, в 18 (32,7%) случаях - смешанный, в 29 (52,7%) случаях - геморрагический панкреонекроз и в 2-х (3,7%) случаях - гнойный панкреатит. Одновременно производили осмотр, пальпацию желчного пузы-

ря и при необходимости исследование и ревизию внепеченочных желчных протоков.

Следующим этапом продольно на всем протяжении рассекали париетальную брюшину, покрывающую поджелудочную железу и производили так называемую париетальную деперитонизацию последней, путем отслаивания брюшины от поджелудочной железы, что при наличии обширного панкреонекроза не представляет особых трудностей и создает условия для секвестрэктомии тупым путем, чаще дигитоклазией. Париетальная деперитонизация поджелудочной железы также необходима для скорейшего отторжения оставшихся некротических тканей в послеоперационном периоде.

У всех больных с геморрагической и смешанной формами панкреонекроза с целью локализации процесса на задней поверхности железы и парапанкреатической клетчатки производили мобилизацию тела и хвоста поджелудочной железы из забрюшинного пространства, так как у данной категории больных практически всегда поражается и задняя поверхность железы, не покрытая брюшиной. После мобилизации тела и хвоста поджелудочной железы из забрюшинного пространства, в отличие от методики В.А. Козлова (1988) [2], когда железа окутывается большим сальником, мы предпочитали ретропанкреатическое пространство дренировать на всем протяжении широкой резиновой полоской (21 случай), которая убирается в послеоперационном периоде через отверстие оментобурсостомы. В 13 случаях в ретропанкреатическом пространстве перпендикулярно оси железы устанавливали 2-3 микроирригатора с множественными отверстиями для промывания в послеоперационном периоде этой зоны растворами антисептиков. При поражении головки поджелудочной железы в 16-ти случаях производили мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру для последующего дренирования резиновой полоской этой зоны парапанкреатической клетчатки.

При наличии конкрементов в желчном пузыре и признаках ферментативного холецистита производили холецистэктомию - 38 (69,1%) случаев. У 29 больных с признаками гипертензии в желчевыводящих путях производили наружное дренирование холедоха через культю пузырного протока (12 больных) или его дренированием по А.А. Вишневскому в модификации М.М. Мамакеева (17 больных). В 9-ти случаях при отсутствии гипертензии в желчных протоках холецистэктомия не сопровождалась вмешательством на общем желчном протоке. У 10 больных (18,2%) в тяжелом состоянии при наличии проходимости пузырного протока накладывали холецистостомию.

Заключительным этапом оперативного вмешательства являлось формирование оментобурсостомы путем подшивания к париетальной брюшине и апоневрозу верхней трети лапаротомной раны краев рассеченного участка желудочно-ободочной связки. Оставшаяся часть лапаротомной раны ушивалась.

Начиная с ***3-х суток*** послеоперационного периода в ОГ больных на фоне общего лечения проводили регулярные ревизии и санации сальниковой сумки, которые производились в условиях перевязочной с предварительным внутримышечным введением ненаркотических анальгетиков в обычной дозировке (баралгин, кетопрофен). Путем введения в оментобурсостому двух печеночных крючков без особых затруднений добивались возможности осмотра всех отделов поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки. При этом полость сальниковой сумки тщательно промывали раствором фурацил-лина (1:5000) и затем по мере возможности производили секвестрэктомию из полости сальниковой сумки, поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. В 3-х наблюдениях удалось дополнительно вскрыть и дренировать различные по размерам абсцессы и флегмоны забрюшинного пространства.

В основной группе у 21 больного применили Гелевин, у 34-х больных - мази на водорастворимой основе. В ОГ у 55-ти больных с наличием обширного панкреонекроза и сформированной оментобурсостомой применили многокомпонентную мазь на основе полиэтилен оксида - Левомеколь. Наличие оментобурсостомы обес-

печило применение местной медикаментозной терапии в I фазе раневого процесса, когда была необходимость в оказании дегидротирующего, некролитического, антимикробного, обезболивающего и гемостатического эффектов на ткань поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. В состав многокомпонентной мази входят антибактериальные препараты (антибиотик, сульфаниламид, антисептик), регулятор тканевых обменных процессов метилурацил, местный анестетик тримекаин и гидрофильная (водорастворимая) основа.

Именно гидрофильной основой - смесью полиэтиленоксидов (ПЭО) с молекулярной массой 400 (ПЭО-400) и 1500 (ПЭО-1500) в соотношении 4:1 – обеспечивают необходимое воздействие при первой фазе раневого процесса. Известно, что полиэтиленоксиды (ПЭО) - водорастворимые продукты полимеризации окиси этилена - являются физиологически индифферентными соединениями. Они легко наносятся на раневую поверхность и равномерно распределяются по ней, хорошо смешиваются с раневым экссудатом и сохраняют при этом однородность. ПЭО малотоксичны и не оказывают раздражающего влияния на ткани, не нарушают их физиологической функции.

Первое и главное свойство ПЭО состоит в том, что четко выражено их дегидратирующее действие на ткани. ПЭО по силе дегидратирующего действия в 20 раз превосходит 10% раствор натрия хлорида, а по времени действия в 10 раз. Осмотический эффект ПЭО-400 в отличие от иных гипертонических растворов проявляется в течение 18-20 часов.

В гнойной ране дегидратирующее действие ПЭО распространяется не только на ткани раны, но и на содержащиеся в ней микробные клетки. Обезвоживание микробной клетки вызывает существенное снижение ее биологической активности и устойчивости к действию тех или иных лекарственных средств. В присутствии ПЭО резко повышается антимикробная активность антибиотиков, антисептиков и сульфаниламидов. Мази на водорастворимой основе в 20-80 раз активнее в отношении стафилококков, кишечной и синегнойной палочек, чем аналогичные им по составу мази на вазелин-ланолиновой основе.

Лечение указанным способом осуществляли ежедневно в течение 13-16 суток, затем продолжали через 1-2 дня до полного очищения сальниковой сумки от некротических тканей, уменьшения раневого экссудата и обсемененности патогенной микрофлорой.

Результаты и их обсуждение. В основной и контрольной группах динамику течения острого панкреатита контролировали на 3, 5, 7, 10, 15, 21 сутки после операции, считая, что в эти периоды наиболее показательны основные изменения течения воспалительного процесса в поджелудочной железе.

3 сутки лечения. В этот период после операции общее состояние больных мало отличается от исходного. Вместе с тем, проведенная во время операции секвестрэктомия с эвакуацией ферментативно-гнойного экссудата и дренированием парапанкреатической клетчатки и сальниковой сумки положительно влияет на некоторые клинические симптомы интоксикации. В результате в ОГ в большинстве случаев (78,2%) несколько стабилизируется общее состояние больных: уменьшается боль в животе, восстанавливается функция ЦНС с адекватной оценкой окружающей обстановки, уменьшается ЧДД и тахикардия, практически у всех больных восстанавливалась перистальтика кишечника.

В таблице 2 представлены клинико-лабораторные показатели в ОГ и КГ к 3 суткам после операции. По сравнению с исходными данными в ОГ существенно снижается температура тела, лейкоциты крови, несколько уменьшается нейтрофильный сдвиг в формуле крови с уменьшением палочкоядерных нейтрофилов, почти в 2 раза снижается ЛИИ и в 10 раз - диастазурия, остается на прежнем уровне гемоглобин крови.

Таблица 2. - Клинико-лабораторные показатели при остром панкреатите (3 сутки лечения, M±m)

№	Название показателя	Исходный показатель	Основная группа	P_1	Контрольная группа	P_2	P_3
1.	Температура тела (^{0}C)	38,8±0,4	37,7±0,1	<0,05	38,0±0,2	<0,05	>0,05
2.	Гемоглобин (г/л)	136,2±4,98	124,2±5,1	<0,05	99,1±8,1	<0,05	<0,05
3.	Лейкоциты (х 10^9/л)	18,9±1,1	11,3±0,8	<0,05	13,3±1,0	<0,05	>0,05
4.	Палочкоядер. нейтрофилы (%)	21,4±3,8	16,9±2,6	<0,05	19,1±3,5	<0,05	<0,05
5.	СОЭ (мм/час)	29,4±3,3	33,9±4,2	<0,05	40,9±3,4	<0,05	<0,05
6.	ЛИИ	10,8±1,1	5,7±1,0	<0,05	8,9±2,2	<0,05	<0,05
7.	Диастаза мочи (ед)	779,9±259,7	77,7±25,8	<0,05	95,5±43,96	<0,05	<0,05

P_1 - статистическая достоверность показателей основной группы по отношению к исходным;
P_2 - - " - - " - показателей контрольной группы по отношению к исходным;
P_3 - - " - - " - показателей контрольной группы по отношению к основной группе.

В КГ уровень этих же показателей мало изменяется, при этом статистически достоверная разница показателей установлена только по отношению к ОГ.

При ревизии и санации полости сальниковой сумки среди характерных особенностей отмечен выраженный гнойно-некротический процесс в поджелудочной железе. Ткань поджелудочной железы представлена сливающимися участками некроза, плотной консистенции, которые не отделяются от всей массы железы. В сальниковой сумке имеются участки некроза прядей большого сальника, а в забрюшинной клетчатке порой встречаются участки отечной клетчатки и брюшины.

5 сутки лечения. В этот период в ОГ уже выполняется по 2-3 санации сальниковой сумки. В течении воспаления обращает на себя внимание продолжающийся активный некротический процесс, сопровождающийся активной экссудацией через оментобурсостому значительного количества ферментативно-гнойного выпота. Во время секвестрэктомий удаляется по 1,2±0,4 г некротических тканей. По мере удаления некротических участков железы открываются полости небольших абсцессов, откуда эвакуируется гной.

Температура тела больных в ОГ стабилизируется в пределах 37,3±0,2^{0}C (в КГ - 37,9±0,2^{0}C, P<0,05), существенно уменьшается число лейкоцитов до 9,8±0,7 х 10^9 г/л (КГ - 16,6±2,98 х 10^9 г/л, P<0,05). В обеих группах по-прежнему высок уровень ПЯН, соответственно 14,8±2,2% и 16,9±4,0% (P>0,05). Однако в ОГ в 2 раза уменьшается ЛИИ (4,1±1,1), в то время как в КГ этот показатель снижается незначительно - 7,8±1,4 (P<0,05). Обращают на себя внимание существенные различия в показателях диастазурии в ОГ (79,8±11,5 ед. по Вольгемуту) и КГ (49,5±13,3 ед. по Вольгемуту, P<0,05), что вероятно обусловлено уменьшением внешнесекреторной функции железы при продолжающемся некротическом процессе в ткани ПЖ.

В таблице 3 представлены изменения биохимических показателей крови у больных основной и контрольной групп.

7 сутки лечения в большей степени характеризовались началом заметных макроскопических изменений в сальниковой сумке и поджелудочной железе. С большей легкостью удаляются остающиеся некротические очаги поджелудочной железы, количество которых составило за одну санацию сальниковой сумки в среднем 4,2±0,7 г. Обильный экссудат постепенно приобретает прозрачный характер. На поверхности поджелудочной железы начинают появляться первые островки грануляционной ткани,

легко кровоточащей при исследовании инструментом. Однако такая кровоточивость не приводила к существенным осложнениям.

Таблица 3. - Изменения основных биохимических показателей крови у больных острым панкреатитом (5 сутки лечения)

Название показателя	Исходный показатель	Основная группа				Контрольная группа				
		3 сутки	5 сутки	P_1	P_2	3 сутки	5 сутки	P_1	P_2	P_3
Амилаза (г/час.л)	68±5,4	19,9±9,4	19,7±3,1	<0,05	<0,05	16,8±7,8	60,5± ±19,3	<0,05	<0,05	<0,05
Кальций (ммоль/л)	2,0±0,08	2,25±0,8	2,1±0,3	<0,05	<0,05	2,1±0,9	2,2±0,1	>0,05	>0,05	<0,05
Глюкоза (ммоль/л)	16,6±1,8	6,6±0,4	5,7±0,5	<0,05	<0,05	9,3±1,4	10,7±2,3	<0,05	>0,05	<0,05
Мочевина (ммоль/л)	22,8±0,8	9,8±0,9	5,9±0,5	<0,05	<0,05	14,9± ±2,96	9,8±2,6	<0,05	<0,05	<0,05
Креатинин (ммоль/л)	158,0± ±18,7	126,0± ±4,3	86,3± ±22,7	<0,05	<0,05	230,2± ±25,2	115,0± ±12,1	>0,05	<0,05	<0,05
Билирубин (мкмоль/л)	156,8± ±2,0	65,9± ±1,97	15,7± ±1,95	<0,05	<0,05	65,8±4,9	17,0±3,0	<0,05	<0,05	<0,05
АСТ (ммоль/л)	1,6±0,12	0,7±0,08	0,6±0,01	<0,05	<0,05	1,1±0,3	0,3±0,08	<0,05	<0,05	<0,05
АЛТ (ммоль/л)	2,6±0,3	0,9±0,2	1,3±0,7	<0,05	<0,05	1,5±0,4	0,5±0,1	<0,05	<0,05	<0,05

P_1 - статистическая достоверность к исходному показателю;
P_2 - - " - - " - к 3 суткам лечения;
P_3 - - " - - " - к основной группе.

Уровень других показателей чаще соответствует таковым в пятидневный послеоперационный срок лечения. В отличие от ОГ, в КГ отмечается повышение уровня эндогенной интоксикации, что сопровождается повышением температуры тела до 38,3±0,4^0 С, лейкоцитозом (16,1±1,3 х 10^9 г/л) с нейтрофильным сдвигом (ПЯН - 21,6±5,8%), снижением гемоглобина (89,6±6,8 г/л), высоким уровнем амилазы крови (75,1±9,2 мол/л.сек), креатинина (227,7±42,4 ммоль/л).

10 сутки лечения. В этот период происходит наиболее активное отторжение некротических тканей из поджелудочной железы, в среднем за перевязку удается удалить 6,1±1,3 г секвестров. Продолжается активный процесс образования грануляционной ткани на месте некротизированных участков железы. Участки грануляционной ткани занимают все большую площадь, ярко красного цвета, легко кровоточат. Количество прозрачного раневого экссудата постепенно уменьшается.

Благодаря этому значительно улучшается состояние больных: стабилизируется на субфебрильных цифрах температура тела (37,1±0,1^{0}С), стойко снижается лейкоцитоз крови до 9,6±0,8 х 10^9 г/л, ЛИИ - до 2,1±0,4 с уменьшением ПЯН в 2,3 (9,5±1,4%), СОЭ до 26,1±4,6 мм в час, при этом незначительно (со 136,2±4,98 до 113,3±4,2 г/л) снижается уровень гемоглобина.

Показатели крови, характеризующие уровень эндоинтоксикации, восстанавливаются до своего нормального уровня.

В контрольной группе в этот период состояние больных оставалось тяжелым. В большинстве случаев дренажные трубки не обеспечивали адекватной эвакуации воспалительного экссудата и участков расплавленной поджелудочной железы. Значительным колебаниям подвергалась температура тела (средний показатель 38,7±0,2^{0}С; P<0,05), лейкоцитоз (14,4±1,4х10^9 г/л; P<0,05), ЛИИ (6,1±2,0; P<0,05). При высо-

ком уровне ПЯН (21,8±4,7%; P<0,05) и СОЭ (44,8±6,1 мм. в час; P<0,05) имели тенденцию к снижению гемоглобина крови (84,5±7,3 г/л; P<0,05) и диастазы мочи (24,0±4,2 ед. по Вольгемуту; P<0,05). Эти показатели в сочетании с высоким уровнем креатинина (215,2±51,9 ммоль/л; P<0,05) свидетельствовали о нарастающей функциональной недостаточности почек и печени и угрозе развития полиорганной недостаточности.

К ***15 суткам лечения*** различия в течении воспаления в ОГ и КГ мало отличались от вариантов клинического течения острого панкреатита к 10 дню лечения. Ведущей тенденцией в течении заболевания в ОГ было постепенное очищение сальниковой сумки от гнойно-некротических тканей и закрытие ее просвета разрастающейся грануляционной тканью (II фаза раневого процесса) на фоне которого происходило стойкое снижение эндогенной интоксикации. В КГ больных местный процесс характеризовался интенсивным воспалением в поджелудочной железе, сальниковой сумке и формированием больших, плотных инфильтратов верхнего этажа брюшной полости, чем обуславливался высокий уровень ЭИ.

К ***21 суткам лечения*** у больных ОГ полость сальниковой сумки сужается до диаметра дренажной трубки. Оментобурсостома сужается и эпителизируется вокруг наружного отверстия, диаметр которого примерно равен 3-4 см. Раневого отделяемого практически нет. Формируется послеоперационный рубец.

Отмечается нормализация температуры тела (36,3±0,4^{0}С), уменьшение лейкоцитов (8,5±0,4 х 10^9 г/л), ЛИИ (1,4±0,3), СОЭ (12,99±2,9 мм.в час) и соответствующее этому восстановление функции печени (АСТ-0,4±0,08 ммоль/л; АЛТ-0,6±0,02 моль/л), почек (креатинин- 93,7±1,6 ммоль/л, мочевина - 6,5±0,8 ммоль/л). Отсутствие у больных ОГ гиперглюкоземии (5,7±0,3 ммоль/л) и стабильный уровень амилазы крови (12,8±3,1 г/час.л) могут свидетельствовать в пользу полноценной функции поджелудочной железы.

Состояние больных КГ в эти сроки чаще свидетельствует о высокой интенсивности воспаления. На месте дренажных каналов образуются панкреатические свищи, инфильтраты верхнего этажа брюшной полости не исчезают. Для их регрессии требуется значительно больший период времени. Ведущими клиническими признаками тяжести состояния больных являются: высокая температура тела (38,2±0,3^0 С; P<0,05), высокий лейкоцитоз (16,5±4,1х10^9 г/л; P<0,05), ЛИИ (5,0±1,1; P<0,05), нарастание числа ПЯН (35,5±5,7; P<0,05).

Таким образом, в течении деструктивного процесса у больных исследуемых групп прослеживаются различия в уровне местного воспаления и эндоинтоксикации, причем интенсивность воспаления и уровень ЭИ быстрей разрешаются по мере нарастания активности некролизиса, промежуточных секвестрэктомий и санаций поджелудочной железы и сальниковой сумки.

Наиболее полно особенности хирургического метода проявляются в уровне осложнений, развивающихся в процессе лечения данной категории больных.

В связи с этим, в основу сравнения эффективности хирургических методов лечения острого деструктивного панкреатита положен уровень развития осложнений у больных. В таблице 4 представлен характер этих осложнений. В послеоперационном периоде активное комплексное хирургическое вмешательство с наложением оментобурсостомы и последующими регулярными санациями полости сальниковой сумки с применением местной сорбционно-дегидратационной терапии резко снижают количество осложнений и их характер. Так, в ОГ осложнения наблюдались только в 36,3% случаев (в КГ - 85,1%); при этом практически всегда удавалось локализовать гнойно-деструктивный процесс в пределах сальниковой сумки. Об этом свидетельствует отсутствие у больных ОГ таких осложнений, как продолжающийся перитонит, гнойное расплавление забрюшинной клетчатки, абсцессы брюшной полости, в то время как в КГ такие осложнения встретились в 11 (14,9%) случаях. В 4,8 раза возрастает количество осложнений гнойно-

септического характера, возникают аррозивные кровотечения и кровотечения из желудочно-кишечного тракта, кишечные и панкреатические свищи, в 1,5 раза увеличиваются послеоперационные плевропульмональные осложнения.

Таблица 4. - Послеоперационные осложнения при обширном панкреонекрозе.

Осложнения	Основная группа (n=55)		Контрольная группа (n=74)	
	Кол-во	Умерло	Кол-во	Умерло
Панкреатогенный токсический шок	12	7	14	14
Перитонит	-	-	6	2
Эвентрация	-	-	1	-
Абсцесс сальниковой сумки	-	-	7	2
Абсцессы брюшной полости	-	-	3	2
Гнойное расплавление забрюшинной клетчатки	-	-	2	2
Аррозивное кровотечение	2	1	6	6
Желудочное кровотечение	-	-	1	-
Кишечные свищи	-	-	6	4
Панкреатические свищи	1	-	4	1
Превро-пульмональные осложнения	4	2	8	4
Нагноения послеоперационных ран	1	-	5	-
ИТОГО	20(36,3%)	10(18,2%)	63(85,1%)	37(50,0%)

Прогрессирование процесса, сопровождающееся морфологическими изменениями в паренхиме поджелудочной железы и окружающих ее тканях, более продолжительный предоперационный период ведут к увеличению частоты гнойно-септических осложнений в контрольной группе больных.

Обращает на себя внимание довольно большое количество больных в обоих исследуемых группах с признаками тяжелого панкреатогенного токсического шока, обусловленного обширным некротическим поражением поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

В ОГ у двух (3,6%) пациентов послеоперационный период осложнился профузным аррозионным кровотечением. У одного больного на 9-е сутки после операции кровотечение открылось из зоны верхней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии, которое было остановлено прошиванием кровоточащего сосуда в условиях перевязочной. Период времени, затраченный с момента диагностики до его остановки составил 10 минут, кровопотеря - 800 мл. В последующем больной выписался из стационара в удовлетворительном состоянии. У другой больной кровотечение открылось поздней ночью на фоне улучшающегося состояния (12-е сутки) из зоны селезеночной артерии. Дефекты организационного характера не позволили во-время его диагностировать, в связи с чем больная погибла. В контрольной группе аррозионное кровотечение возникло у 6-ти (8,1%) больных, из которых ни одного не удалось спасти.

Так же следует отметить, что в 1 (1,8%) наблюдении у больного ОГ на 13-е сутки после операции открылся наружный панкреатический свищ, который через 4 месяца самостоятельно закрылся, в КГ панкреатический свищ имел место у 4-х (5,4%) больных.

Большое значение в оценке того или иного метода хирургического лечения имеют вынужденные релапаротомии, проведенные в послеоперационном периоде по поводу различных осложнений в брюшной полости. В ОГ таких релапаротомий не производилось, в то время как в КГ было произведено 20 (27,0%) релапаротомий по поводу продолжающегося перитонита, абсцессов брюшной полости и сальниковой сумки, гнойного расплавления забрюшинной клетчатки, аррозивных кровотечений и несформировавшихся кишечных свищей. После релапаротомий в КГ умерло14 (18,9%) больных.

Таким образом, своевременно выполненное комплексное оперативное вмеша-

тельство с формированием оментобурсостомы и последующими регулярными санациями полости сальниковой сумки с применением местной сорбционно-дегидратационной терапией при обширном панкреонекрозе способствуют снижению количества осложнений в послеоперационном периоде.

Таблица 5. - Летальность при различных формах острого панкреатита

Формы острого панкреатита	Основная группа (n=55)			Контрольная группа (n=74)			Всего		
	Всего по формам	умерло		Всего по формам	умерло		Всего по формам	умерло	
		абс	%		абс	%		абс	%
Отечный	-	-	-	12	1	8,3	12	1	8,3
Жировой	4	-	-	12	3	25,0	16	3	18,8
Смешанный	23	2	8,7	23	15	65,2	46	17	37,0
Геморрагический	26	8	30,8	18	13	72,2	44	21	47,7
Гнойный	2	-	-	9	5	55,6	11	5	45,5
ВСЕГО	55	10	18,2	74	37	50,0	129	47	36,4

Летальность при остром деструктивном панкреатите, как видно из таблицы 5, в ОГ отсутствует при жировом обширном панкреонекрозе (отечной формы острого панкреатита в основной группе не было). В КГ при отечном панкреатите умерла одна больная (8,3% по отношению только к данной форме острого панкреатита) на 2-е сутки после операции от дыхательной недостаточности на фоне интоксикации и бронхиальной астмы, при жировом панкреонекрозе умерло трое больных (25,0%) в раннем послеоперационном периоде (3-5 сутки) при выраженной клинической картине панкреатогенного токсического шока и явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности. При смешанном обширном панкреонекрозе летальность в КГ составила 65,2%. В ОГ умерло 2-е (8,7%) больных, один из которых непосредственно после операции при выраженной клинической картине панкреатогенного токсического шока на фоне острой сердечно-сосудистой недостаточности, а у другого больного послеоперационный период осложнился двухсторонней абсцедирующей пневмонией, что и явилось причиной его смерти. В КГ скончалось 15 больных. В 4-х наблюдениях больные умерли от острой сердечно-сосудистой недостаточности и плевропульмональных осложнений. У большинства же больных непосредственной причиной смерти явился продолжающийся гнойно-некротический процесс и его последствия, включая аррозионные кровотечения, с ярко выраженной клинической картиной полиорганной недостаточности.

Более низкий уровень летальности в ОГ при геморрагической и гнойной формах острого панкреатита следует связывать с адекватным комплексным оперативным вмешательством с формированием оментобурсостомии, своевременными секвестрэктомиями и регулярными санациями полости сальниковой сумки с применением местной сорбционно-дегидратационной терапии. В связи с этим более выражено уменьшалась интоксикация, предотвращалась сердечно-легочная и печеночная недостаточность. В отличие от этого в КГ при тех же формах острого панкреатита летальность возрастала в 2,3 раза в пересчете по отдельным формам острого панкреатита.

Таким образом, анализ осложнений и летальных исходов дает возможность еще раз убедиться в эффективности разработанного комплексного метода лечения с применением местной сорбционно-дегидратационной терапии и возможности его широкого использования в практике общехирургических отделений при лечении больных с острым деструктивным панкреатитом.

Литература.

1. Иманов Б.М. Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук.– Бишкек, 1999. – 22с.
2. Козлов В.А., Стародубов В.И. Абдоминизация поджелудочной железы, бурсо-

оментоскопия и локальная гипотермия в лечении острого панкреатита. Свердловск: Изд-во Урал, ун - та, 1988.- 160 с.
3. Кононов В.С. Применение озон-ультразвукового воздействия в комплексе хирургического лечения больных с инфицированным панкреонекрозом. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Уфа, 2007; 11.
4. Сергеева О.С. Коррекция эндотоксикоза при остром панкреатите. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. — Ч. 2003. — С. 12-13.
5. Neoptolemos J. P., Raraty M., Finch M., Sutton R. Acute pancreatitis: The substantial human and fi nancial costs // Gut. 1998. Vol. 42. № 6. P. 886–891.
6. Song J. H., Seo D. W., Byun S. W. et al. Outcome of intensive medical treatments in patients with infected severe necrotizing pancreatitis// Korean J. Gastroenterol. 2006. Vol. 48. N 5. P. 337–343.

ИЗМЕНЕНИЕ ФОНОЭНТЕРОГРАММЫ У СОБАК ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И ПРИ ДЕЙСТВИИ ПРОЗЕРИНА

Ахмедов Э.Ш.

КГМИПиПК, Кафедра общей хирургии

Кишечная непроходимость - частая патология в абдоминальной хирургии, однако функциональная диагностика ее на ранних стадиях недостаточно отработана (1).

Фоноэнтерография - это запись шумов кишечника с помощью звукового датчика. Одним из преимуществ данного метода является его неинвазивность. Фоноэнтерографию можно с успехом применять в раннем послеоперационном периоде для диагностики острой кишечной непроходимости. Изменения моторики кишечника особенно показательны в первые часы возникновения спаечной кишечной непроходимости, когда на фоноэнтерограмме регистрируется неравномерная перистальтика в виде высоко- и среднеамплитудных сигналов, чередующихся с периодами отсутствия перистальтических шумов (2).

В последнее время большие возможностями анализа звуков обладают компьютерные звуковые редакторы, появляется все больше статей, выполненных в клинике (3,4), в которых используется компьютерная фоноэнтерография (КФЭГ).

Для внедрения КФЭГ в хирургическую практику необходимо научно обосновать на экспериментальных моделях принципы интерпретации ее изменений при патологии кишечника.

Цель данной работы экспериментальное обоснование применения фоноэнтерографии для диагностики острой кишечной непроходимости.

Материал и методы исследования. Обтурационная кишечная непроходимость с моделирована на 8 собаках перевязкой подвздошной кишки на 100% площади просвета. Для этого собакам вводили внутрибрюшинно 1 мл кетанала, проводили срединную лапаратомию. В операционную рану длиной 4 см выводили дистальную петлю подвздошной кишки и накладывали на нее лигатуру.

Фоноэнтерографическое исследование проводили до операции и через 2, 6, 12, 24 часа, после чего 4 собаки умертвляются, а 4 собакам лигатура снималась и ФЭГ исследована спустя 2 и 5 суток. Контрольную группу составили 4 собаки, которым после ФЭГ проведена аутопсия, и органы взяты на гистологическое исследование. Для сравнения ФЭГ записывалась у собак, которым после обездвиживания кетоналом внутрибрюшинно вводился 1 мл % раствора прозерина, и через 10 минут снимались показатели.

Полученные результаты. Форма отдельных сигналов ФЭГ очень вариабельна, даже два идущих подряд с интервалом 0,1-0,2 сек – не одинаковы (рис.2). В отличие

от ЭКГ и реограммы сигналы КФЭГ не имеют специфических элементов (зубцов, сегментов). В течение 10 секунд фиксируются 30-50 сигналов. Цифровые сигналы усиливаются и записываются на компьютер. Затем на экране выбирается участок из 5 сигналов и производится компьютерный анализ этого фрагмента фоноэнтерограммы при помощи звукового редактора. Звуковой редактор выдает более 10 параметров сигнала. Мы для оценки моторной функции кишечника использовали 4 параметра звука: средняя амплитуда (Ам ср) и пиковая амплитуда (Ам мах) в децибелах, частота звука в герцах, длительность сигнала (Д) в миллисекундах. При внешней похожести двух сравниваемых КФЭГ только компьютерный анализ позволяет выявлять их количественные отличия. Четкой нормы КФЭГ пока не существует.

Рис.1. Исследование ФЭГ до операции на фоне наркоза.

В норме показатели КФЭГ у собак составили: Амплитуда средняя – 3,3±0,2 Дцб, Амплитуда максимальная – 4,3±0,3 Дцб, длительность сигнала – 13,6 мсек, частота – 3,5 гц. Децибеллы в данных исследованиях относительная величина, зависящая от используемого усилителя сигналов.

Введение прозерина привело к достоверному росту средней и пиковой амплитуды на 30-40% (рис.3), и достоверному увеличению длительности перистальтического сигнала, частота которых увеличивалась не значительно, в пределах средней ошибки (рис.4).

При исследовании моторной функции кишечника через 2 часа после операции отмечен умеренный рост всех изучаемых показателей на 15-25%.

Через 6 часов выраженность сдвигов показателей КФЭГ усилилась. Рост средней и максимальной амплитуды составил 30-25%. Длительность сигнала возросла на 27%, частота на 18%. Через 24 часа амплитуда перистальтических звуков упала ниже контрольного уровня и была в раза ниже нежели на ранних этапах динамической кишечной непроходимости.

Выводы:

1. Кишечная непроходимость, смоделированная на собаках, сопровождается достоверным изменением показателей КФЭГ, имеющим фазовый характер, в первые 2, 6 и 12 часов, интенсивность перестальнических звуков усиливается, однако спустя 24 часа перестальтика ослабевает.

2. Компьютерная фоноэнтерография имеет перспективы клинического применения после разносторонних доклинических испытаний на экспериментальных моделях патологии ЖКТ.

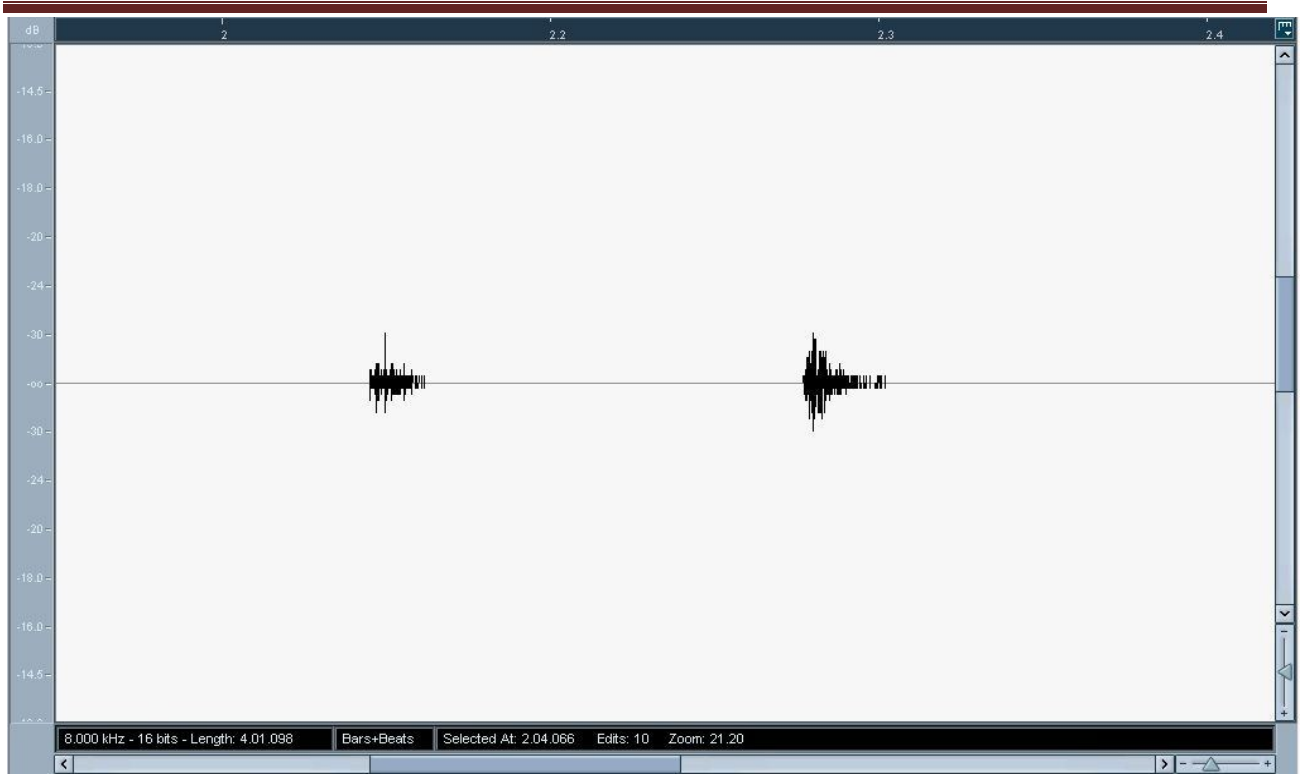


Рис. 2. Графическая запись звуков кишечника в контрольной группе

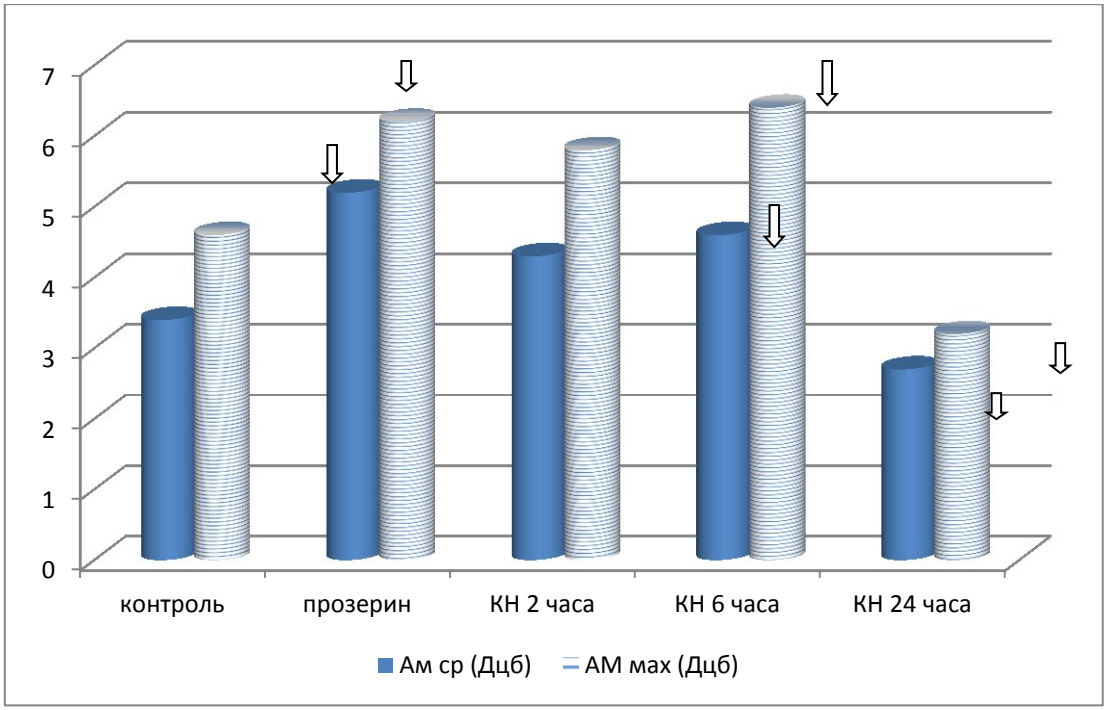


Рис. 3 - Изменение амплитуды звуков кишечника при динамической кишечной непроходимости и действии прозерина

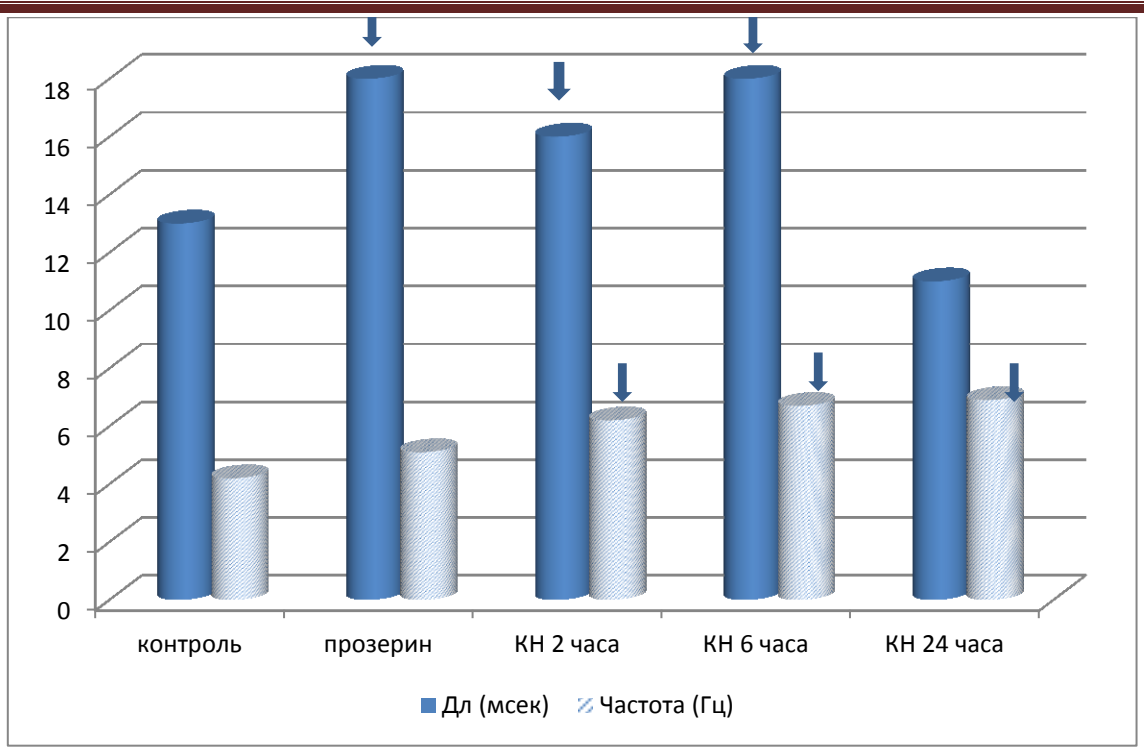


Рис.4. Изменение длительности и частоты звуков кишечника при динамической кишечной непроходимости и действии прозерина

Список литературы:

1. Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин Ал.А., Сысоева Л.И. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях. СПб.: Наука 1994; 202.
2. Саблин О.А., Гриневич В.Б., Успенский Ю.П., Ратников В.А. Функциональная диагностика в гастроэнтерологии. Учебно-методическое пособие. – СПб. – 2002. – 88 с.
3. Сафронов Б.Г. Физическое обоснование метода компьютерной фоноэнтерографии / Б.Г. Сафронов, И.А. Мокряков, М.В. Царьков, О.В. Полятыкина // Физическая медицина. — 2005. — Т. 15, № 1. — С. 41—44.
4. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation // Br. J. Anaesth. 1997;78(5):606–617.
5. Yamaguchi K. Evaluation of gastrointestinal motility by computerized analysis of abdominal auscultation findings. / K. Yamaguchi , T. Yamaguchi , T. Odaka , H. Saisho // J Gastroenterol Hepatol. - 2006 Mar.- Vol. 21, №3. – P. 510-514.

ВОЗМОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Ысмайылов К.С.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош, Кыргызская Республика

Резюме: в статье обсуждается первый опыт лапароскопического лечения синдрома Мириззи. Показано, что синдром Мириззи I типа не является абсолютным противопоказанием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Лапароскопическое лечение возможно при наличии значительного опыта проведения лапароскопических операций.

Ключевые слова: синдром Мириззи, лапароскопическая холецистэктомия.

Opportunities operative laparoscopy in the treatment of Mirizzi syndrome

Ysmayilov K.S.

Summary: This article is discussed the first experience of laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome. It was shown that type I of Mirizzi syndrome is not an absolute contraindication for laparoscopic cholecystectomy. Laparoscopic treatment is possible in the presence of considerable experience of laparoscopic surgery.

Keywords: Mirizzi syndrome, laparoscopic cholecystectomy.

Актуальность. Хирургическое, в первую очередь лапароскопическое, лечение желчнокаменной болезни в течение многих лет сохраняет несомненную актуальность и является «золотым стандартом» в лечении этого заболевания [1-4]. Однако существуют категории больных, у которых возможность лапароскопической операции подвергается сомнению. Речь идет, в частности, о таком редком, но тяжелом осложнении желчнокаменной болезни как синдром Мириззи.

Синдром Мириззи – одно из наиболее тяжелых и редких осложнений желчнокаменной болезни, развивающееся при распространении инфильтративно-деструктивного воспалительного процесса с желчного пузыря на желчные протоки, вследствие чего происходит их компрессия или формирование холецисто-билиарного свища, через который конкременты из желчного пузыря мигрируют в магистральные желчные протоки [4]. Распространенность этого серьезного осложнения желчнокаменной болезни не велика и варьирует от 0,2 до 5 % среди пациентов с холелитиазом [2,4,6].

Хирургическая операция при синдроме Мириззи очень сложна и упоминается в литературе как «капкан в хирургии желчных протоков» [6,9]. В этих ситуациях желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Calot. Кроме того, анатомия желчных протоков очень искажена и весьма легко принять общий печеночный проток за пузырный, что может привести к неизбежной травме печеночного протока [2,5,7]. Холецистэктомия при синдроме Мириззи нередко заканчивается интраоперационным повреждением общего желчного протока с образованием дефекта в его стенке [1,3,8]. Летальность достигает 17%. Неудовлетворительными остаются и отдаленные результаты – у 20% больных возникают стриктуры проксимального отдела гепатикохоледоха [4,9]. Многие авторы одобряют открытые методы хирургической коррекции синдрома Мириззи, которые включают частичную (субтотальную) холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием общего желчного протока Т-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоеюностомию по Roux [1,2,4].

Ввиду высокого риска ранения желчных протоков и кровотечения, плотности инфильтрата в области треугольника Calot, а также частой конверсии и доступа (от 17 до 100%) многие авторы отказываются от лапароскопических операций при синдроме Мириззи [3-5,9]. В литературе описываются немногочисленные наблюдения лапароскопического лечения синдрома Мириззи [2,5,7,8]. И в настоящее время показания к применению лапароскопических хирурги-

ческих методик у больных с синдромом Мириззи продолжают обсуждаться.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 139 больных с синдромом Мириззи, находившихся в Ошской межобластной объединенной клинической больнице (1998-2013 гг.) и Национальном Госпитале МЗ КР (2009-2013 гг.). Возраст больных колебался от 25 до 87 лет. Среди 139 больных преобладали лица женского пола – 103 (74,1%) больных, а мужчин было – 36 (25,9%). Из всех обсуждаемых больных преобладали пациенты пожилого – 58 (41,7%) и старческого возраста – 68 (48,9%).

Согласно классификации McSherry (1982), больных с синдромом Мириззи I типа было 65 (46,7%), II типа – 74 (53,3%). Хронический калькулезный холецистит был установлен у 104 (74,8%) больных, острый калькулезный холецистит – у 35 (25,2%), в том числе острый катаральный холецистит имел место у 17 больных, флегмонозный – у 8, гангренозный – у 7, эмпиема желчного пузыря – у 2 и водянка желчного пузыря – у 1. Холедохолитиаз диагностирован у 80 (57,5%) больных. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась острым холангитом.

Сопутствующая соматическая патология была выявлена у 84 (60,4%) больных. Для диагностики синдрома Мириззи мы рутинно применяли ультразвуковое исследование (УЗИ). Данный метод проводился на ультразвуковых сканнерах «Voluson 530D», «Aloka SSD 725» с применением конвексных датчиков с частотой излучения 3,0 МГц, 3,5 МГц и 5 МГц, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования.

Результаты и обсуждение. Лапароскопическое лечение было предпринято у 8 больных, что составило всего лишь 5,7 %. Из них лапароскопическую холецистэктомию удалось выполнить у 3 больных с I типом синдромом Мириззи. В остальных 5 случаях были вынуждены конвертировать и продолжить операцию открытым путем. Причинами конверсии явились наличие холецисто-холедохеального свища (II тип) в одном случае и обнаружение плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря по типу «пузырь-наездник» (I тип) у 4 больных.

В основном проводились открытые оперативные вмешательства (94,3 %), но это не констатирует, что мы не являемся сторонниками лапароскопических методик лечения синдрома Мириззи. Низкому удельному весу лапароскопического лечения этой патологии в наших наблюдениях могут дать объяснение следующие обстоятельства:

1. 139 клинических случаев синдрома Мириззи были собраны нами с 1998 года по настоящее время, в то время как лапароскопическую холецистэктомию мы начали выполнять только с 2008 года. Соответственно большая часть клинического материала была собрана до периода внедрения лапароскопической технологии в нашу клинику.

2. На этапе освоения техники лапароскопической холецистэктомии мы чаще прибегали к конверсии в целях избежать повреждения желчных протоков. Случаи успешного лапароскопического лечения синдрома Мириззи регистрируются в последние 3 года.

3. Трудности дооперационной диагностики синдрома Мириззи. Известно, что синдром Мириззи имеет несколько морфологических типов. Большинство авторов выделяют два типа синдрома: I тип (стриктура) и II тип (холецисто-холедохеальный тип) [4,5,7,8]. До операции установить тип синдрома Мириззи крайне затруднительно, не имея высокотехнологичные методы исследования (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, компьютерная и магнитно-резонансная томография).

4. Все (3 больных) случаи успешного лечения синдрома Мириззи с помощью лапароскопической технологии относятся к I типу синдрома, т.е. когда отсутствует патологический холецисто-билиарный свищ. При I типе, когда имеется компрессия общего печеночного протока камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока и нет патологического сообщения желчного пузыря с протоками, холецистэктомия лапароскопическим способом возможна.

В послеоперационном периоде у этих 3 оперированных лапароскопическим способом больных каких-либо осложнений не было. Эти больные в более ранние сроки реабилитировались и были выписаны из стационара на 1-2 сутки после операции. Это вселяет нам надежду и открывает перспективу для дальнейшего расширения показаний к лапароскопическому лечению синдрома Мириззи, в частности его I типа, когда эндодиссекцией возможно выделить карман Гартмана или шейку желчного пузыря с фиксированным конкрементом от общего желчного протока без риска повреждения последнего. При высоком риске травматизации магистральных желчных протоков без сомнений рационален переход в конверсию.

Первые результаты нашей работы позволяют утверждать, что синдром Мириззи I типа не является непреодолимым препятствием для выполнения лапароскопической холецистэктомии. Однако она возможна при наличии значительного опыта проведения видеоэндоскопических операций. Любое отсутствие уверенности в правильности своих действий должно быть дополнительным аргументом в пользу конверсии. Мы считаем, что хирург, оперирующий на желчных протоках, должен быть готовым к выявлению синдрома Мириззи и иметь представление об основных принципах реконструктивно-восстановительной операции на желчевыводящих протоках.

Выводы. Таким образом, лапароскопическое лечение синдрома Мириззи возможно при его I типе, когда имеет место компрессия общего печеночного или желчного протока камнем шейки желчного пузыря или пузырного протока и отсутствует патологическое сообщение желчного пузыря с внепеченочными желчными протоками. Необходимы дальнейшие кардинальные разработки в этом направлении, так как очевидные преимущества лапароскопических технологий вселяет оптимизм и надежду для улучшения результатов лечения и качества жизни больных с этой тяжелой патологией.

Литература

1. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е. и др. Синдром Мириззи: особенности диагностики и лечения // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - Том 11. - № 3. - С. 7-10.

2. Греясов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирицци // Хирургия. – 2008. - № 11. – С. 31-34.

3. Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Ибадов Р.А., Махмудов У.М. Синдром Мириззи как причина конверсии при лапароскопической холецистэктомии // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - Том 11. - № 3. – С. 81.

4. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириззи (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. - С. 112.

5. Токпанов С.И. Лапароскопическая холецистэктомия и синдром Мириззи // Материалы XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - Том 11. - № 3. - С. 118.

6. Al-Alkeely M.H., Alam M.K., Bismar H.A. et al. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh // World J. Surg. – 2005. - Vol. 29. - № 12. - P. 1687-1692.

7. Bagia J.S., North L., Hunt D.R. Mirizzi syndrome: an extra hazard for laparoscopic surgery // Aust N Z J Surg. – 2001. - № 71. – P. 394-397.

8. Chowbey P.K., Sharma A., Mann V. et al. The management of Mirizzi syndrome in the laparoscopic era // J Laparoendosc Surg. – 2000. – V. 10. - № 1. – P. 11-14.

9. Yeh C.N., Jan Y.Y., Chen M.F. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome // Surg Endosc. -2003. - № 17. – P. 1573-1578.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМИРОВАНИЕМ ХОЛЕЦИСТОБИЛИАРНОГО И ХОЛЕЦИСТОДУОДЕНАЛЬНОГО СВИЩА

Ысмайылов К.С.

**Ошская межобластная объединенная клиническая больница,
г. Ош, Кыргызская Республика**

Резюме: представлены результаты хирургического лечения 74 больных с холецистобилиарными свищами и 7 больных с холецистодуоденальными свищами. Показано, что хирургическая тактика при холецистобилиарных свищах зависит от уровня локализации свища.
Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистобилиарный свищ, синдром Мириззи.

Optimization of surgical treatment of gallstone disease, complicated by the formation of cholecystobiliary and cholecystoduodenal fistula

Ysmayilov K.S.

Summary: the results of surgical treatment of 74 patints with cholecystobiliary fistulas and 7 patients with cholecystoduodenal fistulas are presented. Is shown that the surgical tactics in cholecystobiliary fistulas depends on the level localization of the fistula
Keywords: cholelithiasis, cholecystobiliary fistula, Mirizzi syndrome.

Актуальность. Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в индустриально развитых странах страдают 10 - 15% мужчин и 25 % женщин [2,3,6]. Течение этого заболевания, особенно в период атаки острого приступа, характеризуется развитием целого комплекса осложнений в системе «желчный пузырь - желчные протоки - поджелудочная железа» и значительная часть больных подвергается оперативному лечению в острой фазе либо после ее стихания. Вместе с тем, у ряда больных отмечается бессимптомное течение, отдельные больные воздерживаются от операции и, наконец, часть больных не оперируют в связи с наличием сопутствующих заболеваний пожилого и старческого возраста, риском общей анестезии. Последние обстоятельства, чаще всего, и приводят к возникновению, так называемых, редких осложнений, частота которых составляет 0,7 – 1,4% [2,5].

Среди редких осложнений ЖКБ выделяют наружные желчные свищи, внутренние или холецистодигестивные свищи, торакобилиарные и бронхобилиарные свищи, синдром Мириззи, желчнокаменную тонкокишечную непроходимость, а также другие типы желчных свищей и микро или «крупный» холедохолитиаз, «сморщенный» желчный пузырь, обызвествление желчного пузыря [1-6]. Анализ научных источников по данной проблеме выявил, прежде всего, что систематическому изучению подвергаются лишь частые осложнения ЖКБ, в частности, холедохолитиаз, билиарный панкреатит, механическая желтуха, а по другим видам нестандартных осложнений, как правило, публиковались единичные наблюдения, а такие осложнения как холецистобилиарный (ХБС) и холецистодуоденальный свищ (ХДС) в отечественной литературе практически не освещаются [2-4]. Для клинической хирургии важным является выявление редких осложнений ЖКБ, особенностей их проявления, способов дооперационного распознавания, разработка рациональной хирургической тактики при каждом конкретном виде редкого осложнения ЖКБ, рекомендаций по возможной профилактике их развития и достижению благоприятных результатов хирургического лечения.

Цель исследования: разработка рациональной хирургической тактики лечения таких редких осложнений ЖКБ, как ХБС (синдром Мириззи) и ХДС.

Материал и методы. В настоящей работе проведена дискуссия результатов хирургического лечения 139 больных ЖКБ, осложненной синдромом Мириззи, в возрасте от 25 до 87 лет, которые находились в Ошской межобластной объединенной клинической больнице (1998-2013 гг.) и Национальном Госпитале МЗ КР (2009-2013 гг.). Женщин было 103 (74,1%) человек, мужчин

– 36 (25,9%). Хронический калькулезный холецистит был установлен у 104 (74,8%) больных, острый калькулезный холецистит – у 35 (25,2%), в том числе острый катаральный холецистит имел место у 17 больных, флегмонозный – у 8, гангренозный – у 7, эмпиема желчного пузыря – у 2 и водянка желчного пузыря – у 1. Холедохолитиаз диагностирован у 80 (57,5%) больных. Большинство больных (90 или 64,7%) были госпитализированы с синдромом механической желтухи, из которых у 33 (23,7%) желтуха сопровождалась острым холангитом.

У всех больных проведен анализ жалоб, анамнеза заболевания и перенесенных ранее вмешательств на желчных протоках, данных физикального обследования, лабораторных методов исследования: гемограмма, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма. Для диагностики синдрома Мириззи применяли ультразвуковое исследование (УЗИ). Данный метод проводился на ультразвуковых сканнерах «Voluson 530D», «Aloka SSD 725» с применением конвексных датчиков с частотой излучения 3,0 МГц, 3,5 МГц и 5 МГц, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования.

Результаты и обсуждение. Из всех 139 больных, включенных в данное исследование, различные формы ХБС были установлены у 74 (53,3%) больных. В свою очередь эти 74 больные в зависимости от уровня локализации ХБС были разделены на 3 группы (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение больных в зависимости от уровня локализации ХБС

№	Локализация ХБС	Кол-во больных	
		абс	%
1	Холецисто-холедохеальный (локализация ХБС дистальнее впадения пузырного протока в холедох)	24	32,4
2	Протоковый (локализация ХБС на уровне пузырного протока с его разрушением, широкое сообщение желчного пузыря с холедохом)	38	51,3
3	Конфлюенсный (локализация ХБС на уровне гепатикохоледоха и конфлюенса)	12	16,2
Всего:		74	100

ХДС был установлен интраоперационно у 7 больных. Из них в 4 случаях ХДС комбинировался холецистохоледохеальным свищом. В остальных 3 случаях ХДС манифестировала клиникой острого холецистита.

На дооперационном этапе установить ХБС удалось в 76,2% случаях, но клинически и эхографически выявить вышеуказанные 3 типы ХБС оказалось практически не возможным. Они, также как и ХДС, были окончательно констатированы только интраоперационно. В этом плане решить данную диагностическую задачу возможно с использованием магнитно-резонансной томографии и эндоскопической ретроградной холангиографии. До операции детально анализируя клинические проявления ЖКБ и ее осложнений (длительный анамнез калькулезного холецистита, частые приступы желчных колик, билиарная гипертензия с транзиторной тенденцией, высокие показатели фракций билирубина и трансаминаз) в комбинации с характерными сонографическими критериями можно предварительно констатировать о наличии синдрома Мириззи без указания его типов.

У 11 (45,8%) больных с холецистохоледохеальными свищами была произведена пластика дефекта холедоха оставленным лоскутом стенки желчного пузыря. В остальных случаях проводились наружное дренирование холедоха через свищ (6 больных) и холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (7 больных).

При протоковом типе ХБС холецистэктомия сопровождалась наружным дренированием в 20 (52,6%) наблюдениях, в 17 (44,7%) – формированием холедоходуоденоанастомоза по Юрашу-Виноградову и в 1 (2,6%) пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря.

При локализации ХБС на уровне конфлюенса и гепатикохоледоха холецистэктомия завершена наружным дренированием протоков (5 больных), пластикой дефекта лоскутом желчного пузыря с наружным дренированием (1 больной), гепатикоеюностомией по Ру (4 больных) и холецистобигепатикоеюностомией по Ру (2 больных).

При ХДС, помимо операций на протоках и холецистэктомии, проводилось уши-

вание свищевого отверстия двенадцатиперстной кишки атравматичным рассасывающимся шовным материалом (PDS II, Biosin, Айкол).

В 84,1% случае холецистэктомия была выполнена по способу Прибрама (холецистэктомия кускованием или «на пальце» с мукоклазией слизистой). Это подчеркивает мнение о том, что хирургическая операция при синдроме Мириззи сложна и упоминается как «капкан в хирургии желчных протоков». При данном синдроме анатомия желчных протоков весьма искажена, желчный пузырь сморщен, фиброзно изменен, с плотным инфильтратом в области треугольника Кало. Способ Прибрама позволяет избежать повреждений желчных протоков и с минимальным риском завершить операцию. В 51% случае операции были комбинированы холедохолитотомией.

У оперированных больных отмечены следующие осложнения: нагноение раны (11), формирование подпеченочного абсцесса (2). Подпеченочные абсцессы были ликвидированы чрескожным дренированием под контролем УЗИ. Повторно оперирована одна больная, у которой через 2 года развился внутрипеченочный литиаз со стриктурой холецистобигепатикоеюноанастомоза. Была произведена операция разобщение холецистобигепатикоеюноанастомоза, рассечение правого печеночного протока, литотомия и формирование бигепатикоеюноанастомоза по Ру. Летальность составила 2,1% (3 больных). Причинами летального исхода явились острая кардиореспираторная недостаточность с отеком легкого (1), билиарный цирроз печени с печеночной недостаточностью (2).

Выводы.

Таким образом, ХБС и ХДС являются тяжелыми осложнениями ЖКБ, требующие дифференцированного хирургического подхода в связи с разнообразием его морфологической структуры. При ХБС с локализацией свища на уровне холедоха и пузырного протока оптимальна субтотальная холецистэктомия с пластикой дефекта холедоха лоскутом желчного пузыря, с холедоходуоденостомией или наружным дренированием холедоха через свищ. При локализации ХБС на уровне конфлюенса и гепатикохоледоха операции должны завершаться наложением высоких билиодигестивных анастомозов по Ру (холецистобигепатикоеюно- и гепатикоеюностомии). Изложенная хирургическая тактика позволила добиться удовлетворительных результатов лечения с минимальными значениями послеоперационных осложнений и летальности.

Литература

1. Греясов В.И., Перфильев В.В., Шепкин С.П. и др. Диагностика и хирургическая тактика при синдроме Мирицци // Хирургия. – 2008. - № 11. – С. 31-34.
2. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. Желчнокаменная болезнь // М.: Видар, 2000 - С. 105.
3. Савельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириззи (диагностика и лечение) // М.: Медицина, 2003. - С. 112.
4. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Халилов А.С. и др. Хирургическая тактика при синдроме Мириззи, обусловленным холецистобилиарным свищем // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирургический гепатологии. – 2006. - Том 11. - №3. - С. 123.
5. Al-Alkeely M.H., Alam M.K., Bismar H.A. et al. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh // World J. Surg. – 2005. - Vol. 29. - № 12. - P. 1687-1692.
6. Waisberg J., Corona A., De Abreu I.W. et al. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management // Arq. Gastroenterol. – 2005. - Vol.42. - № 1. - P. 13-18.

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЭФФЕКТА САНАЦИОННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ НА БАЗЕ РОНДОМИЗИРОВАННЫХ СРАВНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ашимов Ж.И.

Национальный хирургический центр

Цель работы. Выполнить объективизацию эффекта санационной релапаротомии (СРЛ) при послеоперационном перитоните (ПП) у больных с осложненным острым аппендицитом (ООА) на основе рондомизированных сравнительных исследований (РСИ).

Материал и методы. Согласно задачи нами выделены две когорты больных, в зависимости от того, какая категория операторов - высококвалифицированные (А) и квалифицированные (Б) хирурги привлекались к выполнению СРЛ, соответственно, экспонированная (n-16); не экспонированная (n-13). 58,6% больных подвергнуты СРЛ в сроки >72 часов с момента аппендэктомии.

Результаты и их обсуждения. Расчеты показали, что тяжесть хирургической патологии составлял 11,2±2,0 расч.ед., а значение уровня сложности первичной операций – 2,6 ±0,6 расч.ед.

Таблица 1- Суммарная исходная тяжесть состояния больных (баллы, M±m)

Шкалы	Группы сравнения	
	Экспонированная	Не экспонированная
APACHE II	25,2±3,5	26,6±2,8
SAPS-II	29,1±4,4	27,2±6,1
MPI	19,1±3,8	18,2±2,8
PIA	22,5±2,1	18,2±3,2*

Примечание: * - достоверно в сравнении с экспонированной группой

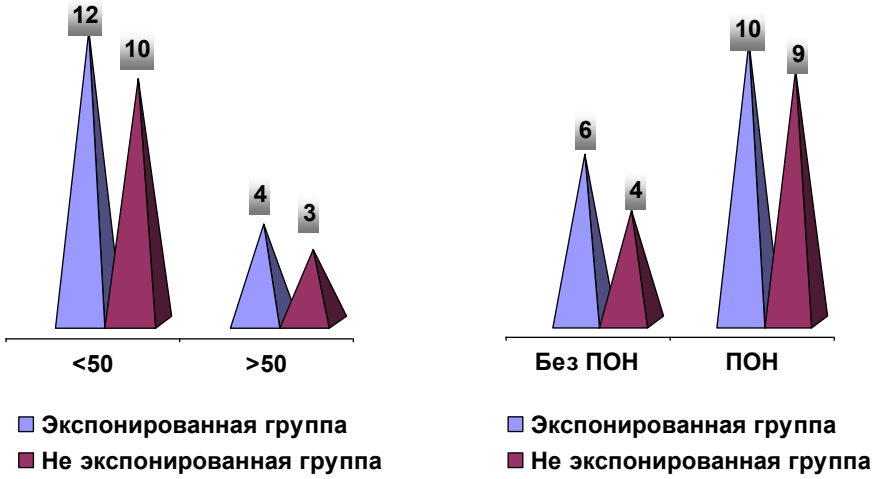


Рис.1. Распределение больных с ООА по возрасту и наличию ПОН

Значение APACHE II, MPI и PIA у больных не экспонированной группы было выше, чем у больных экспонированной группы, а значение SAPS-II, наоборот, меньше (табл.1.).

В каждой группе сравнения (экспонированная, n-16; не экспонированная, n-13) на основе главных факторов риска, каковым является согласно MIP - возраст >50 лет и наличие ПОН, нами выделены четыре подгруппа (А,Б,В,Г).

В группах сравнения преобладали

больные в возрасте <50 лет, а также больные с ПОН (рис.1.). При рондомизации по возрастной категории нами выделены две клинические подгруппы (А,Б), соответственно, в экспонированной (I) и не экспонированной (II) группах:

I А - подгруппа А экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте <50 лет (n-12);

I Б - подгруппа Б экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте >50 лет (n-4);

II А - подгруппа А не экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте <50 лет (n-10);

II Б - подгруппа Б не экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте >50 лет (n-3).

У больных до СРЛ имело место тахикардия (в среднем 125±10,5 в мин) и тахипноэ (в среднем 32±3,6 в мин). После СРЛ в сроки 6-7 суток ЧСС и ЧД уменьшаются, но их значения остаются выше контрольных значений ($p<0,05$). Причем, у больных подгруппы А обеих групп градиент снижения ЧД и ЧСС более быстрый, нежели у больных подгруппы Б ($p<0,05$).

В последней подгруппе даже спустя недели после СРЛ у больных сознание пока остается заторможенным либо, наоборот, эйфоричным. У них также наблюдается слабая моторика кишечника.

Будучи до СРЛ сниженным количество Эр. (в среднем 3,3±0,8 $x10^{12}$/л), после СРЛ отмечается нормализация его лишь у больных подгруппы А, тогда как у больных групп сравнения в подгруппах Б количество Эр. Остается пониженной ($p<0,05$).

До СРЛ количество лейкоцитов в крови достигал в среднем до 17,2±1,2 $x10^{9}$/л, а после СРЛ количество лейкоцитов снижается, но остается повышенной почти вдвое от уровня нормы. Причем, у больных подгруппы Б лейкоцитоз менее выражен, чем в подгруппах А ($p<0,05$).

Такая же закономерность имеет место и в отношении нейтрофильного сдвига формулы крови. После СРЛ уровень ЛИИ у больных экспонированной группы остается довольно высоким (в среднем 4,2±0,3 расч.ед., $p<0,05$), тогда как у больных не экспонированной группы ЛИИ составляет в среднем 3,1±1,2 ($p<0,05$). Аналогичны изменения и СОЭ. У больных не экспонированной группы, в особенности в подгруппе Б, тенденция к снижению СОЭ прослеживается более четко ($p<0,05$).

После СРЛ содержание общего билирубина, а также его фракций у больных обеих подгрупп снижается. Причем, у больных подгруппы А этот процесс более заметен. Уровень активности АСТ остается выше уровня нормы у лиц обеих подгрупп, тогда как уровень активности АСТ у больных обеих подгрупп не экспонированной группы после СРЛ нормализуется ($p<0,05$).

Такая же закономерность сохраняется и для содержания амилазы в крови. Так, будучи до СРЛ в 2 раза выше нормы у больных в возрасте <50 лет экспонированной группы концентрация амилазы возрастает еще боьше, тогда как в подгруппе Б и в обеих подгруппах не экспонированной группы содержание амилазы снижается почти вдвое в сравнении с исходным уровнем ($p<0,05$).

Содержание остаточного азота и мочевины имеет такую же характеристику ($p<0,05$ и $p<0,05$), а вот, что касается уровня креатинина в крови, то следует отметить, что он после СРЛ возрастает в обеих подгруппах экспонированной группы, тогда как в недельный срок после СРЛ у больных не экспонированной группы показатель нормализуется ($p<0,05$).

В отношении протеинограммы следует отметить следующее: после СРЛ уровень общего белка остается такой же, но у больных не экспонированной группы имеет место повышенная концентрация глобулиновой фракции белка. После СРЛ тимоловая и сулемовая пробы снижаются. В особенности, такая динамика характерна для больных в возрасте <50 лет.

Концентрация ионов натрия в крови у больных подгруппы Б ниже нормы, как впрочем и содержание ионов калия. Между тем, у больных не экспонированной группы, независимо от их возраста, имеет место гипонатриемия и гиперкалиемия ($p<0,05$ и $p<0,05$).

При рондомизации по наличию ПОН нами выделены две клинические подгруппы

(В,Г), соответственно, в экспонированной (I) и не экспонированной (II) группах:
I В - подгруппа В экспонированной группы, в которую вошли больные без ПОН (n-6);
I Г - подгруппа Г экспонированной группы, в которую вошли больные с ПОН (n-10);
II В - подгруппа В не экспонированной группы, в которую вошли больные без ПОН (4);
II Г - подгруппа Г не экспонированной группы, в которую вошли больные с ПОН (n-9).

В недельный срок после СРЛ у больных обеих групп сравнения (I,II) в подгруппах (В,Г) тахикардия, тахипноэ и гиповолемия достоверно выше своего исходного значения ($p<0,05$). Причем, в подгруппах В эти параметры менее выражена, чем в подгруппах Г ($p<0,05$). В эти сроки у больных подгрупп Г сознание остается заторможенной, кишечная моторика – вялой, а температура тела - субфебрильной.

Если у больных экспонированной группы отмечается полиурия и снижение удельного веса мочи, то у больных не экспонированной группы, наоборот, гипоурия ($p<0,05$).

Анализ гемограммы показал, что после СРЛ в экспонированной группе в обеих подгруппах (В,Г) количество Эр., а также уровень Hb и ЦП остаются ниже контрольных значений ($p<0,05$), тогда как в не экспонированной группе указанные показатели практически достигают исходного уровня ($p<0,05$).

До повторной операции СОЭ, будучи в 2 раза выше нормы, после СРЛ снижается лишь в подгруппе В экспонированной группы, тогда как в подгруппе Г, а также у больных не экспонированной группы СОЭ возрастает еще больше, составляя в среднем 28,2±3,1.

После СРЛ у больных не экспонированной группы уровень лекоцитоза в обеих подгруппах (В,Г), а также нейтрофилеза выше, нежели не только у больных экспонированной группы ($p<0,05$), но и исходного своего уровня. У больных обеих подгрупп (В,Г) не экспонированной группы ЛИИ выше, чем в подгруппах экспонированной группы ($p<0,05$). В свою очередь, в каждой группе в подгруппах Г значение ЛИИ выше, чем в подгруппах В ($p<0,05$).

После СРЛ у больных экспонированной группы содержание всех фракций билирубина значительно снижается в сравнении с исходным уровнем ($p<0,05$). В не экспонированной группе в обеих подгруппах (В,Г) эти показатели остаются на уровне исходного значения одинаково ($p<0,05$).

Во все сроки исследования АСТ и АЛТ остаются выше исходного уровня ($p<0,05$). Причем, в подгруппе Г не экспонированной группы он выше, чем в подгруппе В ($p<0,05$). Содержание амилазы в крови после СРЛ снижается лишь у больных экспонированной группы, а у больных подгруппы Г не экспонированной группы приобретает тенденцию к нарастанию ($p<0,05$).

Содержание остаточного азота после СРЛ у больных снижается лишь в подгруппах В обеих групп сравнения, тогда как в подгруппе Г экспонированной группы он соответствует исходному уровню, а в аналогичной подгруппе не экспонированной группы возрастает ($p<0,05$). Содержание мочевины превышает исходный уровень у всех больных не экспонированной группы и подгруппы Г экспонированной группы ($p<0,05$).

Мы не заметили четкой динамики содержания общего белка в крови. Однако, диспротеинемия четко прослеживается в подгруппах Г обеих групп сравнения ($p<0,05$). Тимоловая проба после СРЛ снижается в сравнении с исходным значением. Причем, в подгруппах В такая тенденция более четкая. Что касается сулемовой пробы - значение снижается исходного уровня в подгруппах В, а в подгруппах Г, наоборот, возрастает еще больше ($p<0,05$).

После СРЛ в группах сравнения уровень креатинина в крови оказывается повышенной. Причем, это более выражено у больных подгруппы Г ($p<0,05$). В эти сроки дисбаланс водно-электролитного обмена характерно для больных подгруппы Г, когда имеет место не только гипонатриемия, но и прослеживается тенденция к гипокалиемии ($p<0,05$).

Результаты расчетов СРС. При

расчетах RR и OR шло сравнение показателей экспонируемой группы, как основной с соответствующими показателями не экспонируемой группы, как контрольной.

СРЛ выполнялись 6 хирургам, 3 из которых нами отнесены к категории А, а 3 – к категории Б. Хирурги обеих категорий имели достаточный УКХ и УРХ. Если хирурги категории А имели УКХ – 96 баллов, то хирурги категории Б - 89 баллов (рис.2.). В сравнительном плане УРХ у обеих категорий хирургов отличались незначительно (14 против 12 баллов у хирургов категории Б).

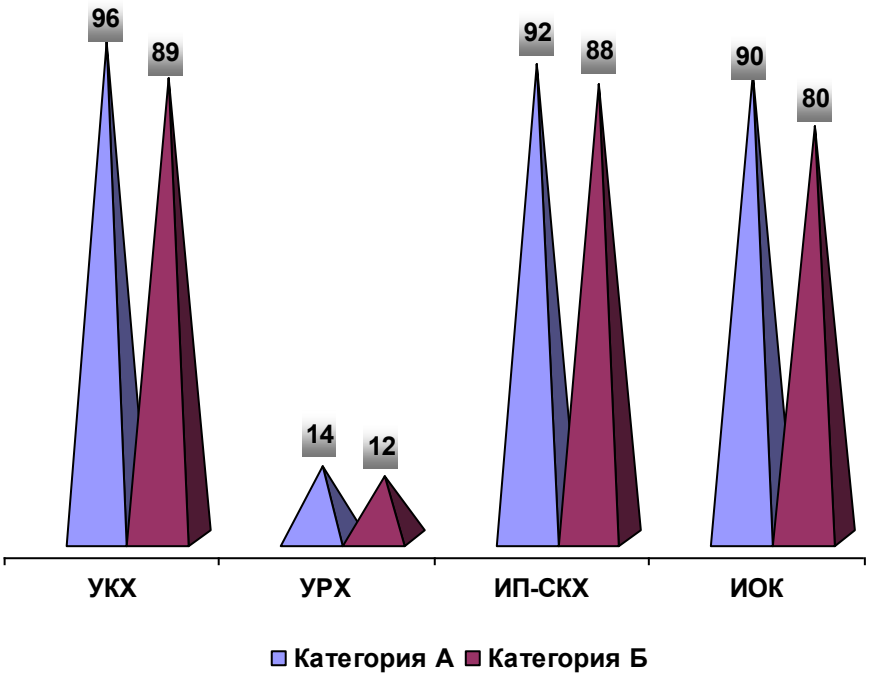


Рис.2. Медиана показателей (Me) профессиональной компетентности хирургов

Что касается ИП-СКХ, то у хирургов из категории А этот показатель составлял – 92 баллов, а у хирургов категории Б – 88 баллов. ИОК у хирургов категории А составлял – 90 баллов, а у хирургов категории Б – 80 баллов. Коэффициент детерминации (ПКХ) благоприятного исхода СРЛ у больных с ООА составляет (r^2) +0,011, связь и корреляция слабые, соответственно, Q – 0,055 и x^2 – 3,5.

Между тем, сила отрицательного влияния ПОН достаточно высокая: r^2 - +0,266, а показатели связи и сопряженности находятся на уровне значимых цифр (Q - 0,012; x^2 – 11,8).

Что касается значимости возрастного фактора, то сила влияния ПВБ была более высокой у больных не экспонированной группы (x^2 – 8,2; r^2 = - 0,066).

РКИ показали, что у больных в возрасте >50 лет RR равнялся 0,84, а OR – 0,12. Иначе говоря, у больных, когда их оперировали хирурги, отнесенные нами к категории А (высококвалифицированные) шансы на благоприятный исход операции у них достаточно высокий, составляя 84%, а относительный риск – сравнительно низкий, составляя 12%.

Несколько иначе обстоит дело с больными, у которых имелась ПОН. У них параметры шансов составляют: RR – 0,44, а OR – 0,38. То есть шансы на благоприятный и неблагоприятный исходы почти одинаковые, соответственно, 44% против 38%.

Ситуация у больных не экспонированной группы хуже. В частности, у преклонного возраста больных RR равен 0,67, OR – 0,22, а у больных, у которых имеет место ПОН: RR равен 0,35, OR – 0,33.

При сопоставлении показателей RR и OR в группах сравнения получается, что, независимо ПВБ и ПОН шансы на неблагоприятный исход СРЛ в случае подключения к операции высококвалифицированных хирургов у больных в 1,6 раз больше, чем в случае привлечения к СРЛ менее опытных

хирургов. В то же время, уровень относительного риска возрастает, в среднем на 12,6%.

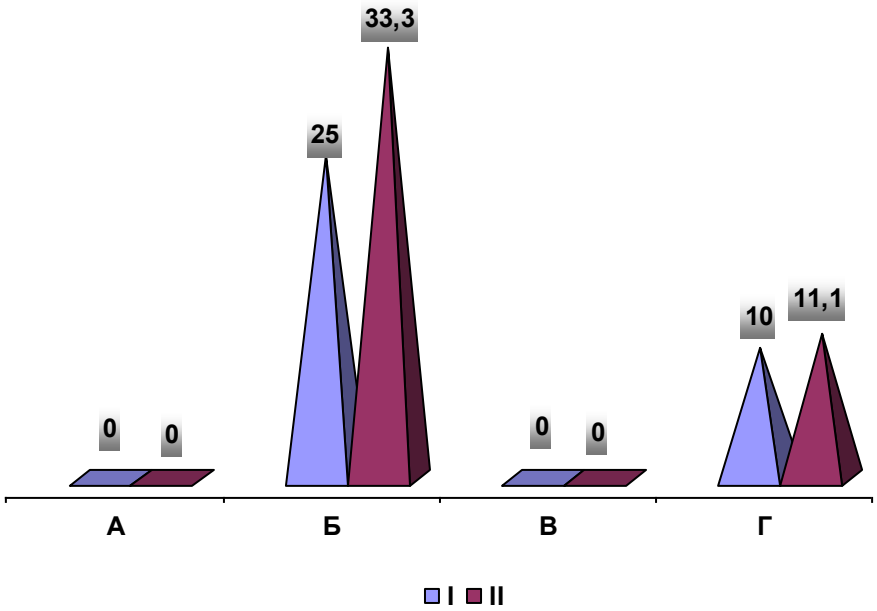


Рис.3. Летальность (%) в подгруппах А,Б,В,Г после СРЛ

После СРЛ в экспонированной группе погибли 1 из 16 больных (6,2%). Причем, этот больной был в возрасте >50 лет. Итак, летальность в этой подгруппе составил 25%. В не экспонированной группе умер 1 из 13 больных (7,7%). Это был 1 из трех больных в возрасте >50 лет. Летальность составила 33,3%.

Таким образом, в экспонированной группе (рис.3) летальность в подгруппе А не было, тогда как в подгруппе Б она составила 25%, а в не экспонированной группе летальность в подгруппе А также не было, тогда как в подгруппе Б летальность составила 33,3%.

Итак, летальность в не экспонированной группе превышает таковую в экспонированной группе на 8,3%. После СРЛ в экспонированной группе погиб 1 больной подгруппы Г, что составляет 10%. В не экспонированной группе погиб также 1 больной подгруппы Г, что составляет 11,1%.

Таким образом, летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с ПОН. Причем, у обеих групп сравнения летальность была почти одинаковой.

Резюме:

1. При ООА, независимо от исходной тяжести больных и сложности хирургической операции, послеоперационное восстановление больного у больных экспонированной группы происходит более быстрыми темпами, нежели у больных не экспонированной группы. Летальность среди больных, которых оперировали высококвалифицированные хирурги составляет 6,2%, тогда как этот показатель у хирургов, отнесенных к категории Б – 7,7%;

2. Следует учесть, что ТСБ в возрасте >50 лет расценивается как более тяжелое, нежели больных в возрасте <50 лет в обеих группах сравнения. У больных, которых оперировали хирурги из категории Б летальность в подгруппе больных в возрасте >50 лет на 8,3% выше, чем в аналогичной подгруппе больных, которых оперировали хирурги из категории Б;

3. Процесс послеоперационной нормализации общего состояния больных, а также лабораторно-биохимических параметров происходит более быстрыми темпами у больных, не имеющих ПОН. Послеоперационная летальность у оперированных больных наблюдалась лишь у тех, кто имел ПОН. Причем, летальность больных, которых оперировали хирурги из категории А и Б были почти равными;

4. ПКХ имеет средний коэффициент

детерминации благоприятного исхода СРЛ у больных с ООА. Соответственно связь показателя слабая, тогда как сила отрицательного влияния ПОН достаточно высокая, а связь довольно сильная. На этом фоне сила влияния ПВБ была более высокой у больных не экспонированной группы;

5. При сопоставлении показателей ОШ и ОР в группах сравнения получается, что, независимо ПВБ и ПОН шансы на неблагоприятный исход СРЛ в случае подключения к операции высококвалифицированных хирургов у больных в 1,6 раз больше, чем в случае привлечения к СРЛ менее опытных хирургов. В то же время, уровень относительного риска возрастает, в среднем на 12,6%;

6. Удельный вес послеоперационных осложнений в экспонированной группе составил 37,5%, а в не экспонированной группе – 46,1%, то есть на 8,6% больше. Причем, удельный вес ранних осложнений у больных обеих групп больше, чем таковая поздних осложнений. В частности, у больных не экспонированной группы ранние и поздние осложнения составили, соответственно, 38,5% и 7,7% .

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЭФФЕКТА САНАЦИОННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА БАЗЕ РОНДОМИЗИРОВАННЫХ СРАВНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Ашимов Ж.И.

Национальный хирургический центр

Цель работы. Выполнить объективизацию эффекта санационной релапаротомии (СРЛ) при послеоперационном перитоните (ПП) у больных с осложненным острым холециститом (ООХ) на основе рондомизированных сравнительных исследований (РСИ).

Материал и методы. Согласно задачи нами выделены две когорты больных, в зависимости от того, какая категория операторов - высококвалифицированные (А) и квалифицированные (Б) хирурги привлекались к выполнению СРЛ, соответственно, экспонированная (n-16); не экспонированная (n-8). 58,3% больных подвергнуты СРЛ в сроки >72 часов с момента лапаротомии и холецистэктомии.

Показаниями к выполнению СРЛ у пациентов с послеоперационным желчеистечением считали: во-первых, желчеистечение II-III степени (>100 мл в сутки после операций на желчных путях; во-вторых, появление перитонеальных симптомов в сочетании с УЗ-признаками наличия свободной жидкости в брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Источник осложнения был установлен в 88,2% клинических ситуациях, в которых источниками поступления желчи явились: ходы Люшка – в 16,4% наблюдениях, дополнительный проток квадратной доли печени – у 26,6% больных, культя пузырного протока – у 22,2%, повреждение желчных протоков – у 22,2% больного. В 2-х наблюдениях источник желчеистечения при ревизии зоны оперативного вмешательства выявить не удалось.

Таблица 1 - Суммарная исходная тяжесть состояния больных (баллы, M±m)

Шкалы	Группы сравнения	
	Экспонированная	Не экспонированная
APACHE II	35,2±3,8	36,3±5,0
SAPS-II	36,4±4,7	35,1±2,8
MPI	35,1±3,6	34,2±6,8
PIA	29,2±4,1	16,7±2,6*

Примечание: * - достоверно в сравнении с экспонированной группой

Расчеты показали, что тяжесть хирургической патологии составлял 12,6±1,9 расч.ед., а значение уровня сложности первичной операций – 3,1±0,2 расч.ед. Значение APACHE II, MPI и PIA у больных экспонированной группы было выше, чем у больных не экспонированной группы. Причем, PIA почти в 2 раза ($p<0,05$). Значение SAPS-II у больных не экспонированной группы превышал таковую у больных экспонированной группы (табл.1.).

В каждой группе сравнения (экспонированная, n-16; не экспонированная, n-8) на основе главных факторов риска, каковым является согласно MIP возраст >50 лет и наличие ПОН, нами выделены четыре подгруппа (А,Б,В,Г).

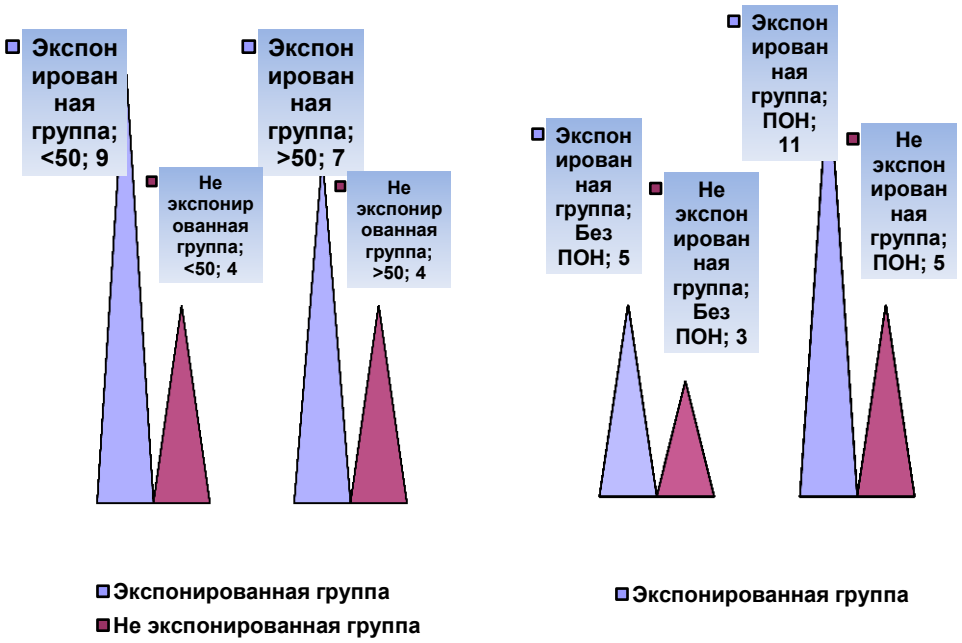


Рис.2. Распределение больных с ООХ по возрасту и наличию ПОН

В группах сравнения преобладали больные в возрасте с ПОН (рис.8.3.). При рондомизации по возрастной категории нами выделены две клинические подгруппы (А,Б), соответственно, в экспонированной (I) и не экспонированной (II) группах:

I А - подгруппа А экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте <50 лет (n-9);

I Б - подгруппа Б экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте >50 лет (n-7);

II А - подгруппа А не экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте <50 лет (n-4);

II Б - подгруппа Б не экспонированной группы, в которую вошли больные в возрасте >50 лет (n-4).

У больных до СРЛ имело место тахипноэ (в среднем 30±3,6 в мин), а ЧСС составлял в среднем 122±10,5 в мин. Спустя недели после СРЛ у больных обеих групп наступает уменьшение ЧД и ЧСС. Причем, у больных в возрасте <50 лет до 22,2±3,2 в мин., а в возрасте >50 лет - до 26,2±2,1 в мин. ($p<0,05$ и $p<0,05$). Аналогичная динамика показателей ЧД и ЧСС замечено и в не экспонированной группе ($p<0,05$ и $p<0,05$).

Нужно заметить, что в этот срок частота пульса у больных обеих групп остается достаточно высокой, составляя в среднем 112 в мин. ($p<0,05$ и $p<0,05$). Нужно также отметить, что у больных обеих групп сравнения в возрасте >50 лет сознание остается несколько заторможенной, а двигательная активность кишечника слабой.

В той и другой группе сравнения после СРЛ сохраняется гипохромная анемия. Причем, у больных в возрасте >50 лет она более выражена, нежели у больных в возрасте <50 лет ($p<0,05$). СОЭ после СРЛ несколько уменьшается. Этот процесс более четко прослеживается у больных в возрасте <50 лет ($p<0,05$). Кроме того, в обеих под-

группах не экспонированной группы указанная тенденция более выражена, нежели в аналогичных подгруппах экспонированной группы ($p<0,05$ и $p<0,05$).

До СРЛ у больных имело место выраженный лейкоцитоз по типу лейкемоидной реакции, составляя в среднем $17,2\pm1,2x10^9$/л. После СРЛ наблюдается снижение уровня лейкоцитов в крови и это более заметно у больных экспонированной группы, а также в возрасте <50 лет в сравнении с больными в возрасте >50 лет ($p<0,05$).

Нужно отметить, что нейтрофильный сдвиг более четко выражен у больных экспонированной группы, а также у больных подгруппы Б ($p<0,05$). Уровень ЛИИ после СРЛ в группах сравнения снижается почти вдвое. У больных экспонированной группы в возрасте <50 лет ЛИИ меньше, чем у больных в возрасте >50 лет ($p<0,05$).

После СРЛ содержание общего билирубина у больных экспонированной группы заметно уменьшается, составляя в среднем 37,2±3,0 мкмоль/л. Между тем, концентрация общего билирубина и его фракций у больных не экспонированной группы уменьшается незначительно, составляя в среднем 53,8±2,6 мкмоль/л.

В той и другой группах сравнения темп снижения содержания билирубина всех фракций более заметно у больных в возрасте <50 лет, нежели у больных в возрасте >50 лет ($p<0,05$). Нужно отметить, что в не экспонированной группе, причем в обеих подгруппах (А,Б) уровень прямого билирубина в 2 раза превышает таковую в экспонированной группе ($p<0,05$).

После СРЛ в недельный срок у больных обеих групп (I,II) и подгрупп (А,Б) активность АСТ имеет медленную тенденцию к снижению. На таком фоне активность АЛТ у больных экспонированной группы нарастает, в особенности в подгруппе Б. Если в подгруппе А не экспонированной группы ее активность соответствует исходному значению, то в подгруппе Б достоверно нарастает ($p<0,05$).

После СРЛ уменьшается и содержание амилазы в крови, в особенности у больных не экспонированной группы. В той и другой группе сравнения можно заметить, что снижение уровня амилазы в крови у больных в возрасте >50 лет более выражено, чем у больных в возрасте <50 лет ($p<0,05$). Что касается концентрации остаточного азота в крови, то наоборот, содержание его меньше у больных в возрасте <50 лет, нежели в возрасте >50 лет ($p<0,05$).

Содержание мочевины и креатинина в крови после СРЛ уменьшается лишь у больных не экспонированной группы ($p<0,05$ и $p<0,05$). Нужно заметить, что в экспонированной группе отмечается нарастание содержания креатинина ($p<0,05$).

После СРЛ у больных обеих групп, а также в подгруппах (А,Б) содержание общего белка в сыворотке крови остается сниженным до конца срока наблюдения. Причем, у больных в возрасте >50 лет это четко прослеживается. Нужно отметить, что гиперглобулинемия более характерно для больных подгруппы А не экспонированной группы.

После СРЛ у больных обеих подгрупп (А,Б) экспонированной группы имеет место гипокалиемия, а у больных аналогичных подгрупп (А,Б) не экспонированной группы – гипонатриемия ($p<0,05$ и $p<0,05$).

При рондомизации по наличию ПОН нами выделены две клинические подгруппы (В,Г), соответственно, в экспонированной (I) и не экспонированной (II) группах:

I В - подгруппа В экспонированной группы, в которую вошли больные без ПОН (n-5);

I Г - подгруппа Г экспонированной группы, в которую вошли больные с ПОН (n-11;

II В - подгруппа В не экспонированной группы, в которую вошли больные без ПОН (n-3);

II Г - подгруппа Г не экспонированной группы, в которую вошли больные с ПОН (n-5).

После СРЛ у больных обеих групп сравнения (I,II) в подгруппах (В,Г) сохраняется тахикардия, тахипноэ и гиповолемия. Причем, в подгруппах Г тахипноэ выражена более, чем в подгруппах В ($p<0,05$). Как правило, у больных с ПОН сознание остается заторможенным, а перистальтика кишеч-

ника ослабленным.

После СРЛ у больных экспонированной группы, в особенности в подгруппе Г отмечается еще более снижение количества Эр, Hb и ЦП, чем было до СРЛ ($p<0,05$). СОЭ после СРЛ снижается незначительно. Причем, темп снижения ее у больных без ПОН более выражен, чем у больных с ПОН ($p<0,05$). Лейкоцитоз у больных снижается. Надо отметить, что уровень нейтрофилеза и лейкоцитоза снижается более заметно у больных подгруппы В ($p<0,05$).

У больных обеих подгрупп (В,Г) не экспонированной группы ЛИИ незначительно выше, чем в аналогичных подгруппах (В,Г) экспонированной группы ($p<0,05$). Кроме того, уровень ЛИИ меньше у больных подгруппы В, нежели у больных подгруппы Г ($p<0,05$).

После СРЛ снижение содержания всех фракций билирубина имеет место лишь у больных с функциональными расстройствами, в особенности у больных экспонированной группы ($p<0,05$). У больных подгруппы Г отмечается более высокий уровень прямой фракции билирубина в крови, нежели в подгруппах В ($p<0,05$).

Если после СРЛ у больных обеих групп сравнения в подгруппах наблюдения активность АСТ остается на уровне исходных цифр, то активность АЛТ в обеих группах возрастает. Причем, у больных подгруппы Г активность выше, чем в подгруппах ($p<0,05$).

В подгруппах В обеих групп сравнения показатели тимоловой и сулемовой проб умеренно снижаются в сравнении с исходным значением ($p<0,05$), а в подгруппах Г, наоборот, достоверно возрастает ($p<0,05$). Такая закономерность характерно и для остаточного азота в крови ($p<0,05$). Нужно отметить, что у больных обеих групп отмечается нарастание концентрации мочевины и креатинина в крови. В особенности, это выражено у больных с ПОН ($p<0,05$).

Содержание амилазы в крови после СРЛ имеет тенденцию к увеличению Причем, в экспонированной группе она более выражена, чем в экспонированной группе ($p<0,05$).

После СРЛ у больных подгруппы Г экспонированной группы и подгруппы В не экспонированной группы характерно появление тенденции к гипернатемии и гиперволемическому синдрому с достоверным снижением концентрации ионов калия в крови ($p<0,05$).

Результаты расчетов СРС. При расчетах RR и OR шло сравнение показателей экспонируемой группы, как основной с соответствующими показателями не экспонируемой группы, как контрольной.

СРЛ выполнялись 8 хирургам, 3 из которых нами отнесены к категории А, а 5 – к категории Б. УКХ у хирургов категорий А составлял 95 баллов, тогда как у хирургов категории Б – 74 баллов (рис.8.2.). Если УРХ у хирургов категории А колебался в пределах 13-15 баллов (в среднем 14) , то у хирургов категории Б – в пределах 11-12 баллов (рис.3.). Такая же закономерность можно отметить и в отношении ИП-СКХ и ИОК. В частности, ИП-СКХ у хирургов категории А почти достигал 90 баллов (в среднем 89), а у хирургов категории Б колебался в пределах 45-65 баллов (в среднем 58).

Если ИОК у хирургов, отнесенных к категории А составлял 81 баллов, то у хирургов, отнесенных к категории Б – 66 баллов. Следует заметить, что у хирургов обеих категорий все вышеуказанные показатели профессиональной компетентности были ниже необходимого уровня.

Коэффициент детерминации (ПКХ) благополучного результата СРЛ у больных с ООХ имеет небольшое значение (r^2 - +0,032), связь и корреляция слабые (Q – 0,004; x^2 – 5,8).

У больных обеих групп первое место по силе влияния на неблагополучный конечный исход патологии желчных путей занимает ПОН (r^2 - +0,102), но связь и корреляция слабые (Q – 0,015; x^2 – 8,3), тогда как корреляция и связь ПВБ (Q – 0,036; x^2 – 12,1) имеют достаточное значение. Причем, в не экспонированной группе больных сила влияния ПВБ выше, чем таковое у больных экспонированной группы (28±3,9% против 25±4,1%).

РСИ показали, что в экспонированной

группе среди больных преклонного возраста, подвергнутых повторной операции RR равнялся 0,81, а OR – 0,36, что свидетельствует о том, что при участии высококвалифицированных хирургов в СРЛ шансы больных на благополучный исход достаточно высокий (81%), а риск неблагополучного исхода составляет 36%.

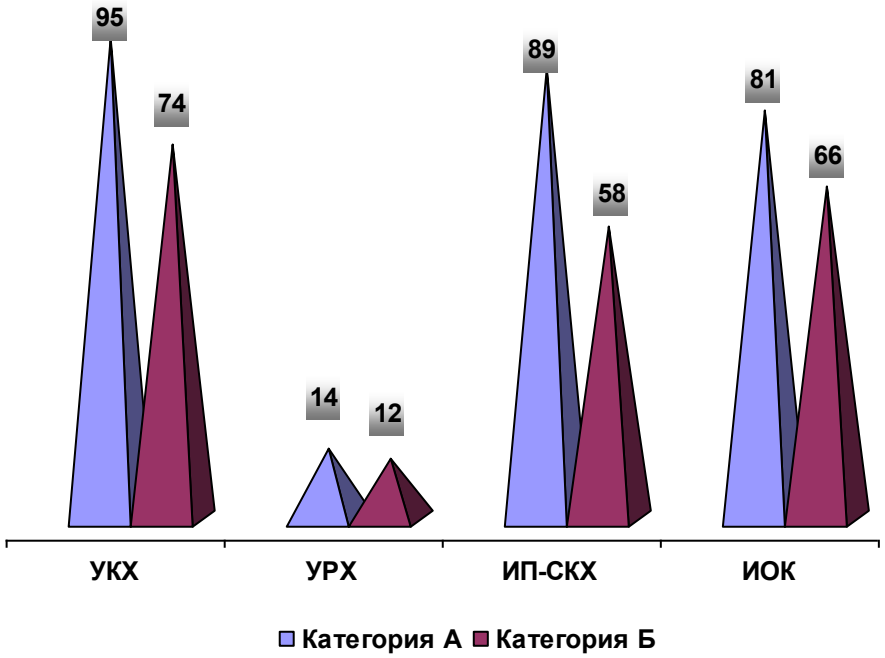


Рис.3. Медиана показателей (Me) профессиональной компетентности хирургов

Как же обстоит ситуация в не экспонируемой группе. У больных преклонного возраста RR равняется 0,6, а OR – 0,48. В целом, шансы на благоприятный и не благоприятный исходы СРЛ имеют следующую сравнительную закономерность: у больных, которых оперировали хирурги категории А шансы на благополучный исход операции на 21% выше, а относительный риск – на 12% ниже, чем у больных, которых оперировали хирурги категории Б.

РСИ показали, что у больных с ПОН складываются более сложные отношения шансов. В частности, в экспонированной группе RR равняется 0,45, а OR – 0,26. В не экспонированной группе RR равен 0,35, а OR – 0,38. Таким образом, даже на фоне ПОН у больных, которых оперировали хирурги категории А шансы на благополучный исход СР составляет 45%, что на 10% выше, чем у больных, которых оперировали хирургии, отнесенные к категории Б. Между тем, риск неблагоприятного исхода у лиц экспонированной группы на 12% меньше, чем у больных не экспонированной группы.

Таким образом, независимо от ПВБ и ПОН у больных, которых оперировали высококвалифицированные хирурги шансы на благоприятный исход в 1,4 раза больше, чем у больных, которых оперировали менее опытные хирурги.

После СРЛ летальность в экспонированной и не экспонированной группах составила, соответственно, 6,25% и 12,5% (рис.4.). В экспонированной группе летальность в подгруппе А не было, тогда как в подгруппе Б погиб 1 больной (14,3%).

В не экспонированной группе летальность в подгруппе А также не было, тогда как в подгруппе Б умер также 1 больной (25%). Таким образом, летальность в не экспонированной группе превышает таковую в экспонированной группе в 1,7 раза (на 10,7%).

После СРЛ в экспонированной группе погиб 1 больной подгруппы Г, что составляет для этой категории больных 9,1%. В не экспонированной группе погиб также 1 больной подгруппы Г, что составляет для этой категории больных 20%.

Таким образом, летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с

ПОН. Летальность в подгруппе Г экспонированной группы была в 2 раза выше, чем в подгруппе Г не экспонированной группы.

Резюме:

1. При ООХ, независимо от исходной тяжести больных и сложности хирургической операции, послеоперационное восстановление больного у больных, которых оперировали высококвалифицированные хирурги (категория А) происходит более быстрыми темпами, нежели у тех, кого оперировали квалифицированные хирургии (категория Б). Летальность в не экспонированной группе превышает таковую в экспонированной группе в 2 раза (12,5% против 6,25%);

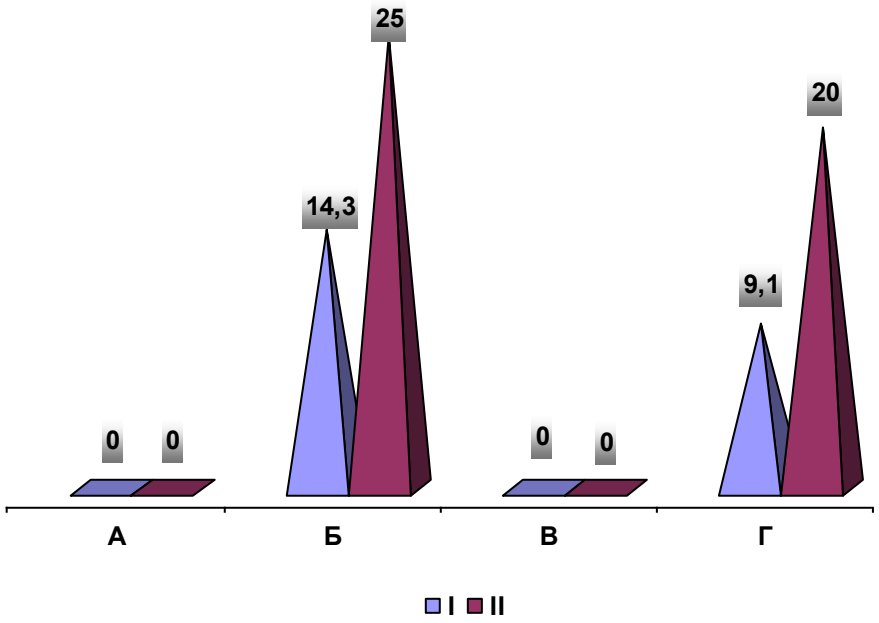


Рис.4. Летальность (%) в подгруппах А и Б после СРЛ

2. Нужно учесть, что ТСБ в возрасте >50 лет расценивается как более тяжелое, нежели больных в возрасте <50 лет в обеих группах сравнения. Летальности после СРЛ в группах сравнения наблюдалась лишь у больных в подгруппе Б, то есть >50 лет. Причем, в не экспонированной группе летальность превышает таковую в экспонированной группе в 1,7 раза.

3. Сроки нормализации послеоперационного общего состояния больных и показателей гемограммы и биохимии крови напрямую зависит от такого фактора, как ПОН. Послеоперационная летальность у оперированных больных наблюдалась лишь у тех, кто имел ПОН. Летальность в подгруппе Г экспонированной группы была в 2 раза выше, чем в подгруппе Г не экспонированной группы.

4. ПКХ имеет средний коэффициент детерминации благополучного результата СРЛ у больных с ООХ со слабой связью и корреляцией. У больных обеих групп первое место по силе влияния на неблагополучный конечный исход патологии желчных путей занимает ПОН. Между тем, корреляция и связь ПВБ имеют достаточное значение, в особенности у больных не экспонированной группы;

5. Независимо от ПВБ и ПОН у больных, которых оперировали высококвалифицированные хирурги шансы на благоприятный исход в 1,4 раза больше, чем у больных, которых оперировали менее опытные хирурги. Частота послеоперационных осложнений в группах сравнения одинаковые (25%). В не экспонированной группе наблюдались лишь ранние осложнения (25%), тогда как в экспонированной группе частота поздних осложнений в 3 раза превышает частоту ранних осложнений (19,5% против 6,5%).

ПРИМЕНЕНИЕ КОКАРНИТА И КЛОДИФЕНА ПРИ ОККЛЮЗИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Намазбеков М.Н., Нурахманов А.Б., Тен И.

**Республиканский центр сосудистой хирургии,
Профессорский курс Сосудистой Хирургии ФУВ КГМИиПК, г.Бишкек,**

Проведено проспективное исследование подтвердившее эффективность применения кокарнита и клодифена в комплексном лечении при окклюзионных заболеваниях периферических артерий нижних конечностей у 62 пациентов в возрасте от 50 до 75 лет. Проанализированы жалобы, анамнестические данные пациентов, данные клинического осмотра и лабораторных исследований. Для объективизации данных выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Ключевые слова: окклюзионные заболевания нижних конечностей, медикаментозная терапия, микроциркуляция.

Окклюзионные заболевания периферических артерий являются одной из распространенных заболеваний сосудистой системы приводящие часто к инвалидизации трудоспособного населения. Преимущественно страдает мужской пол. По данным Американской ассоциации сердца (AHA) и Американской коллегии флебологов (ACC) под названием окклюзионные заболевания периферических артерий понимают поражение атеросклерозом сосудов внутренних и других органов. Развитие окклюзионных поражений периферических артерий непосредственно связано со следующими этиологическими факторами: 1. атеросклероз (начиная с 50лет и выше); 2. неспецифический аортоартериит; 3. острые тромбозы и эмболии сосудов; 4. травматическое повреждение сосудов; 5. облитерирующий тромбоангиит (болезнь Бюргера). По данным Гее с соавторами (1999), наличие сахарного диабета значительно повышает частоту развития окклюзионных поражений периферических артерий от 19.9% до 22.4% случаев. По данным ряда исследователей (2,3,4,5) атеросклеротическое поражение периферических артерий колеблется в зависимости от возраста от 2.5% до 18.8%. Чем старше возраст, тем поражение атеросклерозом сосудов возрастает, при этом прогноз неблагоприятный, уровень смертности составляет 3-5%, а при критической ишемии 20% в год (6).

Клинические проявления окклюзионных заболеваний периферических артерий начинается появлением усталости ног, чувствительности к холоду, боли при ходьбе и судороги. Больные вначале заболевания на эти симптомы не обращают внимания, так как при отдыхе они исчезают. В последующем, по мере прогрессирования заболевания симптомы болезни становятся более устойчивыми, появляется перемежающая хромота, при этом больные вынуждены остановится из-за судорог мышц первоначально через 500-1000 метров, в последующем через 300-400 метров и менее, при этом ЛПИ составляет 0,30-0,80. Тяжесть и онемение ног. При объективном осмотре кожные покровы ног бледные, сухие. На ощупь прохладные, исчерченность и ломкость ногтевых пластинок, атрофичность мышц голеней, а на запущенных стадиях - наличие трофических язв, вплоть до образования гангрены пальцев, отек стоп и голени из-за венозного стаза. Поздняя диагностика тромбозов и эмболии чревата развитием синдрома постишемической интоксикации, которая может привести к летальному исходу или ампутации конечностей.

В республиканском центре сосудистой хирургии за последние 10лет находились 472 больных с острыми тромбозами и эмболиями артериальных сосудов и 1447 больных с атеросклеротической окклюзией артерий нижних конечностей. В зависимости от срока наступления тромбоза или закупорки эмболами артериального русла выполнены различные виды хирургических вмешательств: от тромбэктомии и эмболэк-

томии, включая реконструкции пораженного сегмента артерии с аутовенозными или синтетическими протезами. При допплеровском исследовании сосудов отмечается смещение объема кровотока в периферических сосудах. Для диагностики окклюзионных поражений периферических артерий используется определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ). Это соотношение между систолическим артериальным давлением (САД) на лодыжке (на задней тибиальной артерии и задней большеберцовой артерии), и САД на плечевой артерии. ЛПИ в норме составляет 0.9 – 1.30, измерения производят после 10 минутного отдыха больного в положении лежа обычным аппаратом для измерения АД или на УЗИ. Снижение ЛПИ < указывающее на наличие поражений сосудов атеросклерозом. Чем ниже ЛПИ, тем выше срок развития ишемических инсультов, инфарктов и гангрены конечностей. При ассимптомном течении окклюзионных поражений периферических сосудов показатели ЛПИ является одним из ранних достоверных диагностических тестов. Большинство больных не всегда обращают внимание на первоначальные проявления болезни и только с появлением перемежающейся хромоты и боли при ходьбе в ногах начинают обращаться к врачам, при этом не к ангиохирургу, а невропатологу. Таким образом асимптомное течение при детальном обследовании у больных с окклюзионными поражениями периферических сосудов включая поражения сосудов головного мозга, сердца, внутренних органов и конечностей намного больше, чем при обследовании их инвазивными методами. В последние годы для диагностики окклюзионных поражений периферических артерий применяется, в качестве неинвазивных методов, ультразвуковое ангиосканирование и дуплексное ультразвуковое ангиосканирование, отличающиеся высокой информативностью и специфичностью, оценивающие гемодинамическую степень стеноза. Из инвазивных методов основным и точным для диагностики окклюзионных заболеваний периферических артерий (ОЗПА) является рентгенконтрастное ангиографическое исследование сосудов, которая показывает характер поражений (стеноз или окклюзия), протяженность и локализацию поражения, состояние коллатерального русла, а также позволяет определить тактику хирургической коррекции и консервативной терапии. Для больных с окклюзионными заболеваниями периферических артерий характерны, как отмечено выше: поражение коронарных и мозговых артерий с последующим развитием коронароваскулярных и цереброваскулярных нарушений (инфаркта миокарда и ишемических инсультов). По данным некоторых авторов (2) риск развития инфаркта миокарда с ОЗПА нижних конечностей повышается на 20-60%, а ишемического инсульта на 40%.

Консервативная терапия при окклюзионных заболеваниях периферических артерий. Согласно руководству ACC/AHA (2005) при лечении больных с окклюзионных заболеваниях периферических артерий нижних конечностей должна быть снижение риска кардиоваскулярных осложнений, при этом лечение должно проводится пожизненно с воздействием на факторы риска прогрессирования основного заболевания (в частности атеросклероза). Сюда входят медикаментозная коррекция дислипидемии, снижение АД при гипертензионном синдроме, соблюдение диеты и отказ от курения, назначение антилипидных, антикоагулянтных и сосудорасширяющих препаратов, а также профилактика развития ишемических осложнений. Для снижения риска развития инфаркта, ишемического инсульта, застойной сердечной недостаточности у больных с окклюзионными заболеваниями периферических артерий (ОЗПА) необходима антигипертензионная терапия со снижением уровня АД до 130/80, 140/90 мм.рт.ст. в сочетании с регулярными физическими упражнениями.

В последние годы в лечении ОЗПА появилось большое количество препаратов, оказывающие на артериальные сосуды сосудорасширяющий эффект, тем самым улучшающие кровоснабжение пораженных органов. Одним из таких препаратов является Кокарнит. Препарат представляет собой рационально подобранный комплекс метаболических веществ и витаминов. *Ни-*

котинамид – одна из форм витамина РР, участвует в окислительно-восстановительных процессах в клетке, улучшает углеводный и азотистый обмен, нормализуе липидный обмен, вызывает снижение уровня атерогенных липопротеинов в крови. *Кокарбоксилаза* – кофермент, образующийся в организме из поступающего извне тиамина (витамина В1). Играет важную роль в углеводном обмене, входит в состав фермента карбоксилазы, катализирущей карбоксилирование а-кетокислот. Опосредованно способствует синтезу нуклеиновых кислот, белков и липидов. Снижает в организме уровень молочной и пировиноградной кислот, способствует усвоению глюкозы. Улучшает трофику нервной ткани.

Цианокобаламин – (витамин В12)в организме превращается в активную форму аденозилкобаламин или кобамид, обладающую высокой биологической активностью. Повышает синтез белка в организме и способствует его накоплению. Активирует обмен углеводов и липидов. Понижает уровень холестерина в крови, предупреждает жировую инфильтрацию печени. Необходим для нормального функционирования кроветворных органов, способствует накоплению в эритроцитах соединений, содержащий сульфгидрильные группы, повышая их устойчивость к гемолизу. Повышает способность тканей к регенерации. Оказывает благоприятное действие на функцию печени и нервной системы. *Динатрия аденозинтрифосфата тригидрат* является производным аденозина, стимулирует метаболические процессы. Обладает гипотензивным и антиаритмическим действием. Оказывает сосудорасширяющее действие, в том числе, на коронарные артерии. Клодифен – нестероидное противовоспалительное средство. Обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Механизм действия препарата основан на ингибировании синтеза простагландинов (которые играют главную роль в патогенезе воспаления, боли и лихорадки).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 62 больных с окклюзионными заболеваниями периферических артерий в стадии субкомпенсированной ишемии нижних конечностей. Возраст больных от 50 до 75 лет, преимущественно мужского пола. Клинический диагноз был установлен на основании жалоб, объективных данных и неинвазивных методов исследования. Поскольку у большинства больных отмечены болевые реакции при ходьбе и онемение ног, кокарнит назначали по 2.0 мл в/м 1раз в день в сочетании с клодифеном по 3.0 мл в/м 1раз, в течение 10-15дней. Начиная с 3го дня после получения инъекций кокарнита и клодифена у больных отмечены уменьшение боли в ногах, улучшилась микроциркуляция тканей, потепление кожных покровов и заметное заполнение венозных сосудов. При допплеровском исследовании (УЗДГ) в конце лечения отмечены улучшение гемодинамических показателей, уменьшились ишемические боли в покое, увеличилась дистанция ходьбы, потепление ног на ощупь.

Резюме. На основании клинического наблюдения сочетания препаратов кокарнита и клодифена улучшают микроциркуляцию, обезболивает, обладает противовоспалительным эффектом. Лекарство достаточно хорошо переносится больными и может быть рекомендовано в качестве улучшающих микроциркуляцию и как противовоспалительное средство при окклюзионных заболеваниях периферических артерий.

Литература:

1. Hirsch A.T. Haskar ZJ, Hertzer N.R. et.cl. ACC/AHA 2005/ Practice Guidelines for the Management of Patiens with Peripheral Arterial Disease
2. Полонский В.М. Медикаментозное лечение окклюзионной болезни периферических артерий и перемежающейся хромоты. //Фарматека. -2011, 11 (52).
3. Cricui M.H., Fronek A., Baret-Connor E., et al. The prevalence ofperipheral arterial disease in defined population.// Circulation. – 1985, 71-510-5
4. Hiatt W.R., Hoag S., Hamman R.F. Effect of diagnostic criteria on the prevalence of peripheral arterial disease: the San Luis Valley Diabetes Study.// Circulation, 1995;91: 1472-9
5. Dormandy J.A., Heeck L., Vig S. The fate of patients with critical leg ischemia. // Semin. Vasc.Surg. 1999; 12: 142-7
6. Hirsch A.T. et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. // JAMA. 2001; 286: 1317-1324.
7. Lee A.J. et al. The role of haemotological factors in diabetic peripheral arterial disease: the Edinburgh artery study. // Br. J. Haemotol. 1999; 105: 648-654.

МИКРОНИЗИРОВАННЫЕ БИОФЛАВОНОИДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Намазбеков М.Н., Султаналиев Б.Т.

**Республиканский центр сосудистой хирургии,
Профессорский курс по сосудистой хирургии ФУВ КГМИПиПК, г.Бишкек,**

Проведено проспективное исследование подтвердившее эффективность применения представителя группы микронизированных биофлавоноидов препарата Венодиол в комплексном лечении хронической венозной недостаточности и остром венозном тромбозе нижних конечностей у 146 пациентов в возрасте от 40 до 70 лет. Проанализированы жалобы, анамнестические данные пациентов, данные клинического осмотра и лабораторных исследований. Для объективизации данных выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, острый тромбоз вен нижних конечностей, медикаментозная терапия, флеботропные препараты, флаваноиды.

Эпидемиологические исследования показывают, что хронической венозной недостаточностью нижних конечностей (ХВН НК) страдают 20–25 % женщин и 10–15 % мужчин, и она становится серьезной социально-экономической проблемой [А.Ю.Крылов,2010; Д. В. Оклей с соавт.,2009; А.И.Кириенко,2007; Е.М.Липницкий,2001; Г.Д. Константинова,2000]. Около 48% флебологических больных становятся инвалидами II-III группы [Ю.Л. Шевченко с соавт., 2005; А-А. Рамеле et al., 2008].

Основными причинами ХВН НК могут быть проявления нескольких болезней, приводящих к нарушению венозного оттока в нижних конечностях: наиболее распространеная варикозная болезнь нижних конечностей и таза, посттромбофлебитический синдром и функциональные флебопатии. Факторами способствующими развитию ХВН НК являются сидячий образ жизни, ношение тесной обуви, длительное стояние на ногах, избыточная масса тела. Заболевание, начинаясь с ощущения тяжести в ногах, прогрессирует: появляется отек, боль, судороги в ногах, варикозное расширение вен, и как осложения – тромбофлебит, трофические нарушения.

Современные принципы лечения ХВН базируются на адекватном сочетании хирургических вмешательств, склеротерапии, компрессионного лечения и применения различных лекарственных средств.

При этом фармакотерапия проводится длительными курсами в зависимости от клинической картины и стоящих перед ней задач (профилактика развития и прогрессирования заболевания, повышение качества жизни, купирование симптомов ХВН, предоперационная подготовка или послеоперационная реабилитация пациента) [Е. Г. Яблоков с соавт., 1999].

Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей и его последствия, связанная с ним смертность, инвалидизация и колоссальные экономические расходы, затрачиваемые на лечение этой категории больных, широкая распространенность проблемы, также имеет очень важное социальное значение [В.С. Савельев и соавт., 2007; Geerts W.H., 2008; Leizorovicz A., 2004; Kuralay E.A., 2002].

По данным статистики частота развития тромбоза глубоких вен нижних конечностей неуклонно возрастает и на его долю приходится до 95% случаев всех тромбозов в системе нижней полой вены [А.И. Кириенко и соавт.,2008; В.И. Прокубовский и соавт.,2005]. Наиболее грозным осложнением венозного тромбоза системы нижней полой вены является тромбоэмболия легочной артерии, которая развивается у 4-15% больных [А.И Кириенко., 2007; В.С. Савельев и соавт., 2001; В.И. Прокубовский и соавт., 2001; Geancario A., 2004; White R.H., 2003; Radomski J.S. и соавт., 1990; Tardy B. и соавт., 1996].

Основным медикаментозным лечением венозного тромбоза является применение антикоагулянтных препаратов прямого действия (нефракционированного

или низкомолекулярных гепаринов), непрямого действия, дезагрегирующих средств, веществ, повышающих фибринолитическую активность крови.

Фармакотерапия заболеваний вен нижних конечностей направлена на ряд патогенетических процессов, ответственных за прогрессирование болезни. Это устранение отечного синдрома, влияние на различные звенья свертывающей системы крови, улучшение микроциркуляции, нормализация обменных процессов. Медикаментозная терапия необходима для подготовки больных различными формами ХВН НК и острым венозным тромбозом к хирургическому лечению, а также для скорейшей реабилитации пациентов в послеоперационном периоде [А.Ю. Котаев, А.М. Николаев, 2012; А.И. Кириенко с соавт., 2009; В.А. Кияшко, 2003; В.Ю.Богачев, 2002; O. Nelzen et al.; 2007; C J. Moffatt et al.,2004].

Базовыми в консервативном лечении ХВН НК являются флеботропные препараты, которые воздействуют на основные звенья патогенеза ХВН. Флеботоническое воздействие, способность увеличивать венозный отток из нижних конечностей, а следовательно купировать болевой синдром, является основным эффектом флебопротективных препаратов. Однако все они обладают поливалентным механизмом действия: стимулируют лимфоотток, обладают противовоспалительной активностью, улучшают гемореологию.

Флавоноиды – ангиопротективные и венотонизирующие средства, применяемые при нарушениях венозного кровообращения: уменьшают растяжимость вен и венозный застой, повышают тонус вен, улучшают лимфатический дренаж за счет тонуса и частоты сокращения лимфатических капилляров, увеличивают их функциональную плотность, снижают лимфатическое давление. Эта группа препаратов воздействует на микроциркуляторное русло, повышая резистентность капилляров, снижая возможность их повреждения и уменьшая их проницаемость. Таким образом, эти препараты оказывают и противовоспалительное действие: уменьшают адгезию лейкоцитов к венозной стенке и их миграцию в паравенозные ткани, уменьшают количество свободных супероксидных анионов, блокируют выработку свободных радикалов, синтез простагландинов и тромбоксана, улучшают диффузию кислорода и перфузию в кожной ткани. Препараты данной группы обладают доказанным противоотечным свойством и эффективно устраняют венозную боль [MR.Boisseau, 2006].

Назначение флебоактивных средств, флавоноидов при остром венозном тромбозе в системе нижней полой вены с первых же дней терапии также целесообразно, так как они воздействуют на метаболизм в венозной стенке и паравазальных тканях, обладают противовоспалительным и обезболивающим эффектом, не только улучшают венозный и лимфатический отток, но и уменьшают проницаемость капилляров, повышает тонус стенок вен, оказывает противоотечное действие [В.С.Савельев, ред., 2001].

Некоторые исследователи [Ю.М. Стойко Н.А. Ермаков, 2005] считают, что использование флеботоников у пациентов с острым венозным тромбозом противопоказано, так как венозная стенка при остром тромботическом процессе маловосприимчива к флеботоническому воздействию, а его реализация только усугубит остро возникшие нарушения оттока крови.

Тем не менее, с учетом того, что оперативные вмешательства исключили риск тромбоэмболии ветвей легочной артерии, а также исходя из патогенеза ХВН и механизма действия флавоноидов, в нашем исследовании при ХВН НК и остром венозном тромбозе в системе нижней полой вены назначен флебопротектор Венодиол .

Венодиол–препарат компании «World Medicine Limited» (Великобритания), современный флебопротектор, представитель группы флавоноидов, оказывающий венотонизирующее, ангиопротекторное и лимфотоническое действие. В состав препарата Венодиола входят 450 мг диосмина, 50 мг гесперидина и 100 мг аскорбиновой кислоты.

Венодиол по своему химическому строению относится к γ-бензопиронам, которые в свою очередь являются представителями большой группы биологически ак-

тивных веществ – биофлавоноидов, соединений, получаемые из растительного сырья, плохо растворимые в воде и поэтому плохо всасывающиеся в желудочно – кишечном тракте.

Особенностью Венодиола (микронизированного диосмина), отличающей его от других веноактивных биофлавоноидов, является микронизация – специальная технологическая обработка, значительно уменьшающая частицы препарата, которые повышает суммарную площадь контакта вещества со слизистой желудочно–кишечного тракта и обеспечивающая высокую скорость его всасывания, терапевтическая концентрация препарата в крови определяется уже через 4 ч после приема.

Основными механизмами действия препарата Венодиол являются: повышение тонуса вен в несколько раз, купирование воспалительных реакций, стимуляция и ускорение лимфооттока, устранение микроциркуляторных расстройств, уменьшение венозного застоя, снижение проницаемости и ломкости капилляров. Все это способствует устранению ощущения тяжести в ногах, отека, боли, судорог и прочих неприятных симптомов венозной недостаточности нижних конечностей.

Аскорбиновая кислота, входящая в состав препарата, улучшает эластичность сосудов, нормализует проницаемость капилляров, способствует нормальному кроветворению, повышает защитные силы организма.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского центра сосудистой хирургии. В период времени с октября 2012 года по январь 2013 года стационарное и амбулаторное лечение по поводу ХВН НК и остром венозном тромбозе нижних конечностей было проведено 146 больным, в возрасте от 40 до 70 лет. Средний возраст участников составил 55 лет. Из них подавляющее большинство было женщин – 116 (79,5%), а мужчин – 30 (20,5%). Длительность заболевания у всех больных была свыше 10 лет.

Всем больным выполняли следующее клиническое обследование: сбор анамнеза имеющегося и сопутствующих заболеваний, информации об образе жизни и режиме работы пациента, анализ жалоб, клинический осмотр, а также производились общеклинические и лабораторные исследования, коагулограмма, выполнялось ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) вен нижних конечностей.

В *первой группе* пациентов в 47 наблюдениях установлены С3-5 классы ХВН НК с трофическими нарушениями кожи голеней по клинической части международной классификации CEAP. У всех больных ХВН НК развилась после перенесенного острого тромбоза глубоких вен бедра и/или голени.

При УЗДС вен нижних конечностей признаки клапанной недостаточности – патологический вертикальный рефлюкс в системе поверхностных вен зарегистрирован у 13 (27,7%) пациентов с ХВН НК класса С3, которым произведена стандартная флебэктомия с паратибиальной фасциотомией. У 2 (4,3%) пациентов с ХВН НК класса С4 зарегистрирован также горизонтальный рефлюкс в системе перфорантных вен, которым произведана модифицированная операция Линтона с чрезкомиссуральной вальвулопластикой бедренной вены.

Остальным 32 (68,1%) больным с ХВН НК класса С5 проведена консервативная терапия.

Количество больных *второй группы* с острыми венозными тромбозами составило 99 человек**.** Острый тромбоз варикозных вен диагносцирован у 54 (54,5%) больных. Всем пациентам произведена операция “кроссэктомия” (Троянова- Тренделенбурга).

С диагнозом острый илеофеморальный флеботромбоз с эмбологенным тромбом составили 45 (45,5%) больных. Всем пациентам произведена ретроградная илеокаваграфия и оперативные вмешательства: пликация бедренной вены – 15 (15,2%) больным, наружной подвздошной вены – 11 (11,1%), перевязка наружной подвздошной вены – 7 (7,1%), перевязка бедренной вены – 12 (12,1%) больным.

В комплексе медикаментозной терапии из венопротекторов применялся

только Венодиол. Всем больным, находящимся под наблюдением, Венодиол назначали по схеме 1 таблетка (500 мг) 2 раза в сутки во время еды, как в фазе активного лечения (3-4 недели), так и как поддерживающее лечение в виде монотерапии или в комбинации с дезагрегантами в течение 3-4 месяцев.

Результаты и обсуждение. Клиническая эффективность препарата Венодиол оценивалась по прошествии от 3-4 недель от начала лечения до 3-4 месяцев. Период лечения Венодиолом зависит от тяжести патологического процесса и составляет в среднем 2-3 месяца.

У всех больных отмечалось улучшение субъективного состояния: отмечалось существенное снижение «чувства тяжести» в ногах и отечности голеней и стоп к вечеру, прекращение судорожного сокращения мышц голени по ночам, что сопровождалось ощущением комфорта в нижних конечностях, более эффективное воздействие лечения на регенераторный процесс при трофических расстройствах. У 2 пациентов с ХВН НК С4 трофические язвы зажили к концу второй недели.

Основными показаниями к назначению препарата Венодиол являются как начальные формы ХВН, проявляющиеся синдромом "тяжелых ног", отеками, судоророжными симптомами мышц голени, так и осложненные формы, в стадии трофических расстройств, острые тромбозы вен системы нижней полой вены, постромботическая болезнь.

Применение Венодиола целесообразно использовать также как до операции, так и в комплексе послеоперационного реабилитационного лечения. Прием Венодиола в послеоперационном периоде заметно улучшает состояние пациента – устраняет отек, боль, улучшает венозный и лимфатический дренаж, ускоряет процесс выздоровления.

Результаты исследования по применению препарата Венодиол свидетельствует о том, что длительность приема Венодиола прямо пропорциональна исходной тяжести заболевания. И к этому препарату не возникает привыкания. Переносимость препарата у большинства пациентов хорошая и побочных реакций, повлекших отмену препарата, зарегистрировано не было.

Анализ данных исследования говорит о хороших клинических результатах применения препарата Венодиол при ХВН и острых венозных тромбозах нижних конечностей. К недостаткам исследования относится назначение больным параллелльно противовоспалительных препаратов группы НПВП, дезагрегантов, вазодилататоров, препаратов улучшающими реологические свойства крови и микроциркуляцию, что не могло не сказаться на корректности полученных данных.

Следует отметить также, что при одновременном назначении Венодиола с эластической компрессией, а также при выполнении хирургического вмешательства, бесспорно, будет наблюдаться улучшение в течении заболевания. В связи с этим затруднена полная оценка роли Венодиола в результатах комплексной терапии ХВН НК и остром венозном тромбозе в системе нижней полой вены.

Заключение. Современные флебопротективные препараты благодаря поливалентному механизму действия, незначительно выраженным побочным эффектам позволяют проводить эффективное патогенетическое и симптоматическое лечение различных форм ХВН НК, ее осложнений и острых венозных тромбозах вен нижних конечностей. В комплексе с хирургическим лечением, эластической компрессией позволяют достичь хороших результатов лечения.

Проведенное клиническое исследование подтвердило безопасность, хорошую переносимость и эффективность препарата Венодиол. Пациенты в процессе лечения, уже спустя 2 – 3 недели, отмечали улучшение самочувствия, уменьшение/исчезновение отеков, чувства тяжести и усталости в ногах, ускорение регенераторного процесса.

Одним из факторов, позволяющих широко применять Венодиол при лечении ХВН НК и острых венозных тромбозах вен нижних конечностей, является и его ценовая доступность в сочетании с высоким качеством по сравнению с другими аналога-

ми.

Дальнейшее накопление и анализ клинического материала дадут дополнительные сведения для уточнения показаний к назначению препарата, позволят выработать оптимальную схему лечения, особенно в комплексной терапии, в пред- и послеоперационный период при необходимости хирургического вмешательства.

В заключение стоит отметить, что при лечении больных ХВН НК и острых венозных тромбозах вен нижних конечностей необходимо придерживаться периодического, курсового приема препарата. Продолжительность курсов и перерыв между ними зависит от степени ХВН, стадии постромботической болезни и поэтому пациентам следует всегда находиться под наблюдением ангиохирурга.

Литература:

1. В.Ю. Богачев. Современная фармакотерапия хронической венозной недостаточности нижних конечностей. // Фармацевтический вестник. 2002, №12. С. 21-22.
2. А.Ю. Котаев, А.М. Николаев. Консервативное лечение хронической венозной недостаточности. Фарматека, 2012, № 17.
3. Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению хронических заболеваний вен // Флебология, № 3, 2010.
4. Российские рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений // Флебология , т.4, вып.2, №1, 2010.
5. В.С. Савельев, В.А.Гологорский, А.И. Кириенко и др. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С. Савельева. М: Медицина, 2001;664.
6. Ю. М. Стойко, Н. А. Ермаков. Флеботоники в терапии хронической венозной недостаточности нижних конечностей. Медицинский научно-практический журнал “Лечащий врач”, 2005, №8.
7. Ю.Л. Шевченко (ред.). Диагностика и лечение тромбоза глубоких вен нижних конечностей: учебно-методические рекомендации. М, 2006.
8. Е. Г. Яблоков, А. И. Кириенко, В. Ю. Богачев. Хроническая венозная недостаточность // М.: Издательство "Берег",1999.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ НА НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Кулчинова Г.А., Мамасаидов А.Т.

Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, г.Ош, Кыргызская Республика

Актуальность темы. Анкилозирующий спондилит (АС) является заболеванием при котором отсутствуют методы лечения, которые бы приводили к стойкой ремиссии болезни.

В настоящее время основным направлением в лечении АС является применение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП). Но при этом рациональная базисная терапия АС еще не разработана. В то же время наиболее часто применяемыми лекарственными средствами в лечении АС являются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), сульфасалазин и метотрексат.

В последние годы в лечении тяжелых форм АС применяется генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), в частности, анти-В-клеточный препарат ритуксимаб (Мабтера).

Цель исследования. Изучить влияние на некоторые клинические параметры АС 3-х базисных лекарственных препаратов: сульфасалазина, метотрексата и ритуксимаба.

Материал и методы. Исследование проведено у 74 больных достоверным АС, соответствующим модифицированным Нью-Йоркским критериям АС. Возраст больных АС варьировал от 16 до 53 лет, продолжительность болезни составляло от 6 месяцев до 13 лет, I степень активности болезни отмечено у 9, II степень активности – 43, III степень активности – 22 больных АС, центральная форма заболевания отмечена у 38 и периферическая – 36 больных, у большинства больных (67) отмечено II и III рентгенологическая стадия и внесуставные проявления отмечены приблизительно у 1/3 больных.

Все больные АС методом адаптивной рандомизации были разделены на четыре группы, сопоставимые по клиническим и лабораторным показателям. Были сформированы четыре группы больных в зависимости от проводимой терапии. Первая группа (n=28) получали терапию только НПВП, вторая группа (n=20) получали терапию сульфасалазина в дозе 2,0 г в сутки, третья группа (n=18) принимали метотрексат в дозе 10 мг/неделю, а четвертая группа (n=8) получали ритуксимаб (Мабтера®, производства Ля Рош, Швейцария) в дозе 1000 мг в/в капельно 2 раза с интервалом 2 недели. Ритуксимаб применяли после предварительного однократного введения кортикостероида (преднизолон 90 мг или метилпреднизолон 100 мг в/в капельно за 20-30 минут до введения ритуксимаба). При этом больные 2-й, 3-й и 4-й групп продолжали прием НПВП в стандартной дозе.

Изучение клинического эффекта выше указанных базисных препаратов оценивали по таким признакам АС, как боль в позвоночнике (ВАШ), выраженность скованности в позвоночнике по ВАШ, длительность скованности в минутах, выраженность утомляемости по ВАШ в миллиметрах, позвоночный индекс в сантиметрах и индекс активности BASDAI. Оценку вышеуказанных клинических показателей проводили через 3 месяца от начала лечения.

Результаты исследования. Динамика вышеуказанных клинических показателей на фоне применения НПВП, сульфасалазина, метотрексата и ритуксимаба (мабтера) через 3 месяца после лечения представлена в таблице.

Таблица 1 - Динамика клинических показателей под влиянием терапии НПВП, СФ, МТС и РТМ у больных АС через 3 месяца после лечения (M=m)

Препарат / Показатель	Этапы наблюдения							
	До лечения				Через 3 мес			
	НПВП n=28	СФ n=20	МТС n=18	РТМ n=8	НПВП n=28	СФ n=20	МТС n=18	РТМ n=8
Боль в позвоночнике по ВАШ	61,2±4,01	61,8±3,65	62,9±2,04	64,2±2,1	53,8±10,8	*26,1±6,01	** 23,3±4,93	*** 9,2±4,84
Выраженность скованности в позвоночнике по ВАШ	61,5±3,43	59,3±3,88	59,8±4,66	61,7±4,59	3±3,45	*29,2±5,65	** 25,3±4,42	*** 21,6±4,37
Длительность скованности, мин	245,2±37,6	296,5±46,7	273,1±52,2	278,4±53,8	*150,1±15,9	*125,2±26,3	**106,6±22,2	*** 98,9±21,8
Утомляемость по ВАШ, мм	54,3±3,56	57,9±3,69	60,5±3,28	62,5±3,67	50,9±2,72	*29,9±5,30	** 28,8±3,45	*** 27,7±3,69
BASDAI, см	6,1±0,31	6,5±0,39	7,4±0,39	7,6±0,53	5,6±0,27	5,1±0,51	* 4,6±1,09	** 4,3±1,02
Позвоночный индекс, см	13,2±1,18	14,4±1,28	15,2±1,02	16,3±1,16	14,5±1,18	18,5±2,05	* 19,5±1,02	** 22,9±1,08

Примечание: *-p<0,05, **- p<0,01, ***- p<0,001. Достоверность различий по отношению к показателям до лечения.

Как видно из таблицы, во всех 4-х группах отмечена динамика всех шести изученных клинических показателей АС.

Боль в позвоночнике во всех 4-х группах имел тенденцию к снижению, но при этом у больных, получавших НПВП это снижение было недостоверным, а у пациентов принимавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб отмечены достоверные снижения этого показателя. Наибольшее снижение выраженности боли в позвоночнике отмечены у больных АС принимавших в качестве лечения метотрексат и ритуксимаб, но при этом степень снижения этого показателя при использовании ритуксимаба было более выраженным, чем при приеме метотрексата.

Выраженность скованности в позвоночнике во всех 4-х группах имел тенденцию к снижению, но при этом у больных, получавших НПВП, это снижение было недостоверным, а у больных принимавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб отмечены достоверные снижения этого по-

казателя. Наибольшее снижение выраженности скованности в позвоночнике отмечены у больных АС принимавших в качестве лечения метотрексат и ритуксимаб, но при этом степень снижения этого показателя при использовании ритуксимаба было более выраженным, чем при приеме метотрексата.

Длительность скованности во всех 4-х группах имел тенденцию к снижению, но при этом у больных, получавших НПВП, это снижение было недостоверным, а у больных принимавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб отмечены достоверные снижения этого показателя. Наибольшее снижение длительности скованности отмечены у больных АС принимавших в качестве лечения метотрексат и ритуксимаб, но при этом степень снижения этого показателя при использовании ритуксимаба было более выраженным, чем при приеме метотрексата.

Выраженность утомляемости во всех 4-х группах имел тенденцию к снижению, но при этом у пациентов, получавших НПВП, это снижение было недостоверным, а у больных принимавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб отмечены достоверные снижения этого показателя. Наибольшее снижение выраженности утомляемости отмечены у больных АС принимавших в качестве лечения метотрексат и ритуксимаб, но при этом степень снижения этого показателя при использовании ритуксимаба было более выраженным, чем при приеме метотрексата.

Индекс активности BASDAI во всех 4-х группах имел тенденцию к снижению, но при этом у больных, получавших НПВП, это снижение было недостоверным, а у больных принимавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб отмечены достоверные снижения этого показателя. Наибольшее снижение индекса активности BASDAI отмечены у больных АС принимавших в качестве лечения метотрексат и ритуксимаб, но при этом степень снижения этого показателя при использовании ритуксимаба было более выраженным, чем при приеме метотрексата.

Позвоночный индекс во всех 4-х группах имел тенденцию к увеличению, но при этом у больных, получавших НПВП, это увеличение было недостоверным, а у больных принимавших сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб отмечены достоверные увеличения этого показателя. Наибольшее увеличение позвоночного индекса отмечены у больных АС принимавших в качестве лечения метотрексат и ритуксимаб, но при этом степень увеличения этого показателя при использовании ритуксимаба было более выраженным, чем при приеме метотрексата.

Таким образом, результаты нашей работы показывают то, что все три базисных лекарственных препаратов (сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб) приводят к снижению клинических показателей активности патологического процесса при АС, а использованные нами выше указанные шесть клинических признаков АС, т.е. эти все базисные препараты, обладают лечебным эффектом при этой болезни. Сульфасалазин, метотрексат и ритуксимаб обладая противовоспалительным и иммунодепрессивным действиями, проявляют к концу 3-х месячного лечения достоверно высокую клиническую эффективность, чем традиционные НПВП. А классический базисный препарат метотрексат и препарат ритуксимаб (мабтера, производства Ля Рош, Швейцария) по клиническому эффекту значительно превышает сульфасалазин в лечении АС. Использованный нами в лечении более тяжелых форм АС новый анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб (мабтера) может быть рекомендован в качестве основных видов базисной терапии АС и при более тяжелых и резистентных к лечению формах АС.

Выводы

1. Положительное влияние на некоторые клинические параметры АС у сульфасалазина, метотрексата и ритуксимаба более высокая, чем у НПВП.

2. Метотрексат и ритуксимаб (по сравнению с сульфасалазином) предпочтительнее использовать в качестве базисной терапии тяжелых форм АС.

3. Ритуксимаб (мабтера) может быть рекомендован в качестве базисной терапии при тяжелых, неблагоприятных и резистентных к лечению метотрексату формах АС.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ КУРОРТА ИССЫК-АТА, У БОЛЬНЫХ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Каскеев Д.М., Амираев Р.У.

Кыргызский научно-исследовательский институт курортологии и восстановительного лечения

Ключевые слова: мочекаменная болезнь, рецидив, минеральная вода.

Актуальность. Мочекаменная болезнь (МКБ) является одним из распространенных урологических заболеваний. Больные МКБ, среди всего контингента урологических стационаров, составляют 30 – 40% (3). По данным ряда авторов, в настоящее время заболеваемость МКБ в мире, достигает 3-5% (8). Кыргызстан относится к числу регионов, где мочекаменная болезнь является краевой патологией. Данным заболеванием страдает около 4% населения (6). Важность этой проблемы объясняется еще и тем, что заболевание чаще поражает население самого трудоспособного возраста – от 20 до 50 лет (4). В последнее время широкое применение для разрушения камней в мочевой системе находит дистанционная ударноволновая литотрипсия (ДУВЛ). Но в 27 – 40 % случаев после ДУВЛ, отмечается обструкция верхних мочевыводящих путей фрагментами камня (2). Поэтому важным этапом после ДУВЛ становится процесс элиминации фрагментов камня из мочевыводящих путей. МКБ свойственны тяжелые осложнения, рецидивы, приводящие к частой и длительной потере трудоспособности (5). На этом фоне совершенно новое звучание приобретает санаторно-курортное лечение. Основным природным фактором, применяемым для лечения больных МКБ на курортах, является питье минеральной воды (1). Бальнеологические методы лечения мочекаменной болезни используются самостоятельно или в сочетании с различными физиотерапевтическими методами воздействиями на почку и верхние мочевые пути (7).

Цель исследования – изучить эффективность минеральной воды курорта Иссык-Ата в комплексном противорецидивном лечении больных мочекаменной болезнью.

Материал и методы. В основу настоящего исследования положены данные 113 пациентов, которые после удаления камней лечились в условиях санатория (Иссык-Ата) и стационара (КНИИКиВЛ) в период с 2009 по 2013 годы. Возраст обследуемых колебался от 17 до 65 лет. Максимальную группу составляли больные в возрасте 46±2,1 года. Давность заболевания МКБ у обследованных больных составляла от 6 месяцев до 10 лет. Самой многочисленной была группа больных с длительностью заболевания от 1 до 3 лет – 35,4%. В оценке лечения мы выделили больных с гипероксалурией и гиперурикурией. 113 больных для противорецидивного лечения были рандомизированы в две группы: контрольную группу составили 51 больных, из них с гипероксалурией 28, с гиперурикурией – 23, которые получали традиционную медикаментозную терапию, солевые ванны и питье пресной воды в условиях КНИИКиВЛ в течение 18 дней. В основную группу вошли 62 больных, из них с гипероксалурией 34, с гиперурикурией 28, которые лечение получали в условиях санатория «Иссык-Ата». Они получали минеральную воду курорта Иссык-Ата из скважины № 2, минеральные ванны и традиционную медикаментозную терапию на протяжении 21 дня. Общим для всех больных было назначение лечебной гимнастики и амплипульстерапии (V род работы, частота 30 Гц, глубина модуляции 100%, длительность импульса и паузы по 4-6 с., длительность процедуры 14 мин., через день, на курс 8 процедур). Необходимо отметить, что рассматриваемые группы по половому, возрастному и по характеру заболевания были равнозначны, небольшие колебания не носили достоверный характер.

До и после окончания курса лечения, а также в отдаленные сроки обследование

включало клинико-лабораторные, инструментальные, рентгенологические методы исследования. В оценке лечения мы выделили больных с гипероксалурией и гиперурикурией. Для диагностики возникновения рецидива проводилось УЗИ почек больным основной и контрольной групп каждые 6 месяца, в течение 2 лет. Рецидивом считалось обнаружение конкремента в полостной системе почки, при ультразвуковом исследовании, размером более 7мм.

Минеральная вода курорта Иссык-Ата по химическому составу гидрокарбонатно-хлоридно-сульфатная натриевая, фторидная. Щелочная (pH–7,8-8,4), слабоминерализованная (0,3 г/л). Характерная ее особенность - повышенное содержание кремниевой кислоты (25-50 мг/дм ^{3}). В газовом составе преобладает азот.

Результаты. В контрольной группе с гипероксалурией до и после лечения в сыворотке крови достоверных сдвигов не отмечено (табл.1). В анализе мочи наблюдалось снижение кальция, а все остальные показатели не изменились, лишь повысился суточный диурез мочи.

В контрольной группе с гиперурикурией после лечения отмечено снижение СОЭ, а со стороны мочи – достоверно увеличился диурез. Остальные показатели остались на прежнем уровне (табл.2).

В основной группе в моче при гипероксалурии отмечено достоверное повышение pH, увеличение диуреза, повышение выделения с мочой калия и снижение выделения кальция и оксалатов (табл.1). При гиперурикурии в результате проведенного лечения наблюдалось снижение СОЭ, креатинина, и мочевой кислоты в крови, а со стороны мочи – увеличение pH, диуреза, снижение уровня мочевой кислоты и оксалатов (табл.2).

Нами проведена сравнительная оценка эффективности лечения в основной и контрольной группах больных на клиническую симптоматику, включающую частоту почечной колики, длительность макрогематурии, отхождение конкрементов. Изменения клинических симптомов представлена в таблице 3. Из таблицы видно, что в контрольной группе почечная колика наблюдалась у 31,4 % больных, тогда как в основной группе почечная колика возникла у 4 (6,5%) больных. Длительность макрогематурии в контрольной группе составляла 4-5 суток, в основной группе 1-2 суток. В контрольной группе отхождение конкрементов отмечалось у 21 (41,2%) больного, в основной группе после применения питья минеральной воды и минеральных ванн – у 48 (77,4%).

Таблица 1 - Показатели общего анализа крови, мочи, биохимических тестов и водно-солевого обмена у больных с гипероксалурией до и после лечения в основной и контрольной группах.

Параметры исследования	Контрольная группа (пресная вода, n=28)			Основная группа (минеральная вода «иссык-ата», n=34)		
	До лечения	После лечения	P	До лечения	После лечения	P
Показатели крови:						
Гемоглобин, г/л	143,5±3,17	142,2±3,25	> 0,05	142,32±2,66	142,03±2,41	> 0,05
Эритроциты, 10^{12}/л	4,5±0,07	4,5±0,12	> 0,05	4,51±0,07	4,51±0,10	> 0,05
Цветной показатель	0,91±0,008	0,93±0,009	> 0,05	0,9±0,007	0,9±0,006	> 0,05
Лейкоциты, 10^9/л	5,74±0,27	5,85±0,27	> 0,05	5,63±2,87	5,24±0,11	> 0,05
Соэ, мм/час	6,5±1,23	6,1±0,79	> 0,05	6,14±1,02	3,44±0,32	< 0,01
Мочевина, моль/л	7,40±0,27	7,38±0,24	> 0,05	7,21±0,15	5,59±0,17	< 0,05
Остаточный азот, моль/л	18,06±0,76	17,96±0,72	> 0,05	17,42±0,60	14,59±0,37	< 0,05
Креатинин,	78,84±2,03	78,35±1,77	> 0,05	88,79±0,67	70,42±0,59	<

мкмоль/л						0,001
Калий, ммоль/л	3,90±0,06	3,87±0,05	> 0,05	3,86±0,05	4,05±0,05	> 0,05
Натрий, ммоль/л	140,69±0,89	141,04±0,81	> 0,05	140,23±0,69	144,76±0,73	< 0,05
Кальций, ммоль/л	4,68±0,28	4,49±0,21	> 0,05	4,43±0,21	3,15±0,17	< 0,05
Фосфор, ммоль/л	0,96±0,01	0,96±0,30	> 0,05	0,95±0,01	0,96±0,01	> 0,05
Магний, ммоль/л	0,87±0,009	0,86±0,009	> 0,05	0,88±0,008	0,95±0,001	< 0,05
Хлор, ммоль/л	99,15±0,45	99,25±0,29	> 0,05	98,32±0,22	98,36±0,24	> 0,05
Мочевая кислота, мкмоль/л	344,5±13,6	344,92±12,89	> 0,05	350,73±2,16	329,41±2,49	< 0,01
Показатели мочи:						
Рн	5,21±0,03	5,30±0,03	> 0,05	5,68±0,06	6,28±0,05	< 0,05
Суточный диурез, мл	850,2±26,7	1075,0±24,80	> 0,05	888,23±23,74	1749,41±28,24	< 0,05
Калий , ммоль/л	47,34±2,18	48,80±2,57	> 0,05	42,76±1,30	47,64±1,63	< 0,05
Натрий , ммоль/л	163,65±3,9	163,73±3,81	> 0,05	165,82±3,17	179,56±3,43	> 0,05
Кальций, ммоль/л	7,05±0,05	6,02±0,03	< 0,05	7,75±0,33	6,80±0,26	< 0,05
Фосфор, ммоль/л	22,58±0,40	22,74±0,41	> 0,05	22,55±0,39	22,82±0,37	> 0,05
Магний, ммоль/л	3,01±0,02	3,06±0,03	> 0,05	3,77±0,08	4,00±0,07	> 0,05
Хлор, ммоль/л	159,04±2,7	158,04±4,66	> 0,05	149,41±3,80	150,23±3,88	> 0,05
Мочевая кислота, ммоль/л	4,15±0,10	4,13±0,10	> 0,05	3,98±0,08	3,89±0,08	> 0,05
Оксалаты, ммоль/л	0,66±0,02	0,64±0,01	> 0,05	0,58±0,01	0,39±0,01	< 0,05

Таблица 2 - Показатели общего анализа крови, мочи, биохимических тестов и водно-солевого обмена у больных с гиперурикурией до и после лечения в основной и контрольной группах.

Параметры исследования	Контрольная группа (пресная вода, n=23)			Основная группа (минеральная вода «иссык-ата», n=28)		
	До лечения	После лечения	P	До лечения	После лечения	P
1	2	3	4	5	6	7
Показатели крови:						
Гемоглобин, г/л	133,6±3,86	136,24±3,30	> 0,05	140,8±3,14	138,98±2,48	> 0,05
Эритроциты, 10^{12}/л	4,2±0,09	4,3±0,09	> 0,05	4,38±0,09	4,47±0,06	> 0,05
Цветной показатель	0,9±0,04	0,9±0,004	> 0,05	0,92±0,01	0,93±0,003	> 0,05
Лейкоциты, 10^{9}/л	5,36±0,29	5,4±0,19	> 0,05	5,28±0,23	5,08±0,14	> 0,05
Соэ, мм/час	8,5±0,17	5,6±0,66	< 0,05	6,71±1,21	2,71±0,25	< 0,01
Мочевина, моль/л	7,16±0,29	7,14±0,28	> 0,05	7,18±0,21	6,75±0,20	> 0,05
Остат. Азот, ммоль/л	17,63±0,74	17,63±0,72	> 0,05	16,14±0,49	15,81±0,47	> 0,05

Креатинин, мкмоль/л	80,64±2,23	79,84±2,08	> 0,05	72,02±1,33	68,92±0,26	< 0,05
Калий, ммоль/л	3,80±0,04	3,83±0,05	> 0,05	3,94±0,06	4,09±0,08	< 0,05
Натрий, ммоль/л	141,6±2,59	139,72±0,50	> 0,05	141,46±1,45	143,03±1,54	> 0,05
Кальций, ммоль/л	2,77±0,05	2,66±0,04	> 0,05	2,87±0,05	2,58±0,05	> 0,05
Фосфор, ммоль/л	0,89±0,01	0,89±0,01	> 0,05	0,92±0,01	0,94±0,01	> 0,05
Магний, ммоль/л	0,88±0,008	0,87±0,008	> 0,05	0,86±0,01	0,90±0,009	> 0,05
Хлор, ммоль/л	97,91±0,79	98,07±0,29	> 0,05	94,95±0,29	98,07±0,30	> 0,05
Мочевая к-та, мкмоль/л	399,64±8,14	395,88±8,24	> 0,05	399,5±2,45	377,53±2,09	< 0,05
Показатели мочи:						
Рн	5,14±0,04	5,22±0,04	> 0,05	5,12±0,03	5,7±0,05	< 0,05
Суточный диурез, мл	812,32±3,51	1056,0±2,90	< 0,05	847,85±19,23	1880,0±32,36	< 0,01
Калий, ммоль/л	44,32±0,71	44,60±0,61	> 0,05	46,75±1,35	48,85±1,26	> 0,05
Натрий, ммоль/л	158,4±2,64	159,5±3,30	> 0,05	160,32±3,37	163,21±3,93	> 0,05
Кальций, ммоль/л	5,59±0,18	5,43±0,19	> 0,05	5,79±0,21	5,48±0,20	> 0,05
Фосфор, ммоль/л	22,08±0,19	22,25±0,21	> 0,05	23,22±0,25	23,35±0,36	> 0,05
Магний, ммоль/л	3,0	3,0	> 0,05	3,05±0,04	3,27±0,05	> 0,05
Хлор, ммоль/л	159,36±2,54	159,48±2,39	> 0,05	160,57±2,34	161,46±2,53	> 0,05
Мочевая кислота, ммоль/л	4,82±0,02	4,78±0,02	> 0,05	4,91±0,30	4,49±0,02	< 0,05
Оксалаты, ммоль/л	0,29±0,01	0,27±0,01	> 0,05	0,33±0,01	0,29±0,01	< 0,05

Таблица 3 - Динамика клинической симптоматики

Клиническая симптоматика	Контрольная группа, n=51	Основная группа, n=62
Количество больных с приступом почечной колики	16(31,4%)	4(6,5%)
Длительность макрогематурии, сутки	4-5	1-2
Число больных с полным отхождением конкрементов	21(41,2%)	48(77,4%)

В нашем исследовании у больных основной группы рецидив диагностирован у 1 (1,6%) больного в течение года и у 3 (4,8%) больных в течение 2 лет после элиминации конкремента. В контрольной группе рецидив диагностирован у 2 (3,9%) больных в течение года и у 6 (11,8%) больных в течение 2 лет после удаления конкремента.

Заключение. Рассматривая результаты исследования, нужно отметить, что реабилитация больных в условиях стационара, с включением в комплекс лечения пресной

воды, улучшает общее состояние больных, достоверно увеличивает диурез, но лабораторные показатели крови и мочи позитивно изменяются несущественно. Включение минеральной воды курорта «Иссык-Ата» оказало существенное влияние не только на общее состояние больных, но отмечены и положительные сдвиги со стороны показателей крови и мочи, снизилась частота рецидива в сравнении с контрольной группой.

Литература

1.Дулов А.А. Анализ данных госпитального этапа оказания медицинской помощи больным мочекаменной болезнью и с инфекциями мочеполовой системы// Системный анализ и управление в биомедицинских системах.-2013.- том 12 №1. – С.238 – 240.

2.Knoll T. Epidemiology, Pathogenesis, and Pathophysiology of Urolithiasis // Eur Urol Suppl., - 2010. - Vol. 9. - P. 802 - 806.

3.Тыналиев М.Т. Почечнокаменная болезнь (Избранные проблемы нефролитиаза в Киргизии). Фрунзе: Мектеп; 1990: 175.

4.Егорова А.М., Организация комплексной профилактики мочекаменной болезни у рабочих в черной металлургии// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. - № 2. – С. 40 – 41.

5.Дзеранов Н.К., Бешлиев Д.А., Голованов Г.А. Резидуальные камни почек и их лечение. // Урология - 2003. - №1. - С.21-26.

6.Пронкин Е.А. Профилактика рецидивов мочекаменной болезни// Фарматека. – 2012. - №7. – С. 114 – 119.

7.Гильмутдинов Б.Р., Гильмутдинов А.Р. Роль минеральных вод в реабилитации больных с мочекаменной болезнью// Медицинский вестник Башкортстана.- 2011.-том 6. №2. – С.34-36.

8.Хорошко Е.В., Третьяков А.А. Реабилитация больных мочекаменной болезнью на курортах Кавказских минеральных вод// Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – том 7 № 2. – С. 95 – 98.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Мамбетов Ж.С., Насыров Н.Р., Оморов Д.Ж.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Резюме: В статье дана клинико-лабораторная оценка у 79 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, осложненной эректильной дисфункцией, результаты которой были сравнены с 30 больными с ДГПЖ без эректильной дисфункции.

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, эректильная дисфункция, диагностика.

Введение. Известно, что основными клиническими проявлениями доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) являются дизурические расстройства, однако нередко у этих больных присоединяется различной выраженности эректильная дисфункция (1,2,3). Обстоятельство требует настоятельной необходимости в разработке ключевых аспектов патофизиологии и изучение клинико-лабораторных проявлений ДГПЖ, осложненной эректильной дисфункцией на фоне взаимоотягащающих сопутствующих патологий, что приводит к психо-эмоциональной дезадаптации пациентов в целом, ухудшая качества жизни у этих людей.

При этом возникающий и взаимоотягащающий «порочный круг» составляет методологическую основу для целенаправленного совершенствования диагностики и лечения данной категории больных.

Цель работы. Провести клинико-лабораторную характеристику у больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, осложненной эректильной дисфункцией.

Материал и методы исследования. Результаты специального обследования основной группы больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, осложненной сексуальными расстройствами (79 чел.), были сравнены с данными обследования контрольной группы больных с ДГПЖ без эректильной дисфункцией – 30

человек.

При этом применены следующие методы исследования: 1.Опрос больных с использованием шкалы симптомов нижних мочевых путей IPSS и общеклинические анализы (анализ крови и мочи, биохимические анализы, флюрография грудной клетки, ЭКГ); 2.Посев секрета простаты на микрофлоры с определением чувствительности к антибиотикам; 3.Определение простатоспецифического антигена в крови (ПСА); 4.Ультразвуковое исследование верхних мочевых путей, мочевого пузыря и предстательной железы; 5.Обзорная и экскреторная урография по показаниям.

Результаты и обсуждение. Результаты опроса больных и установление среднего суммарного балла симптомов по шкале IPSS (табл. 1).

Таблица 1. - Симптоматика больных с ДГПЖ

Критерии	Основная группа (n-79)	Контрольная группа (n-30)	Р – степень достовер-ности
Оценка симптомов по шкале IPSS	24,8±2,6	21,6 ± 2,4	P>0,05
Частота ночных мочеиспусканий	4,5±1,4	4,2±1,2	P>0,05
Оценка качества жизни (Qol)	4,3±0,5	3,8 ± 0,2	P>0,05
Урофлоуметрия	7,9±1.2	8,4±0,8	P>0,05

Частота ночных мочеиспусканий в основных и контрольных группах до лечения составила соответственно 4,5±1,4 и 4,2±1,2 и также в показателях урофлоуметрии сравниваемых группах различия были недостоверны (P>0,05).

При физикальном обследовании у 130 пациентов удовлетворительное состояние отмечено у 66 (50,8%) больных, относительно удовлетворительное – у 52 (40%) и средней тяжести – 12 (9,2%) больных.

Показатели симптомов по шкале IPSS в обеих группах до операции были равнозначными и составили 24,8±2,6 и 21,6±2,4 (P>0,05), а также показатели качества жизни были одинаковым (P>0,05).

К категории пациентов средней тяжести мы отнесли пациентов, у которых имела место активная фаза гнойно-воспалительного процесса в нижних и верхних мочевых путях, обострение одного из сопутствующих заболеваний (обострение хронического бронхита, нарушение ритма, гипертонический криз, повышение уровня глюкозы в крови и т.д.), а также осложнения, вследствие катетеризации мочевого пузыря (ложный ход, уретрорагия, уретрит).

Уровень ПСА больных с ДГПЖ в сравниваемых группах существенно не отличался (в контрольной группе – 4,06±1,56 и основной – 3,23±0,41), различия эти недостоверны (P>0,05).

Биохимические показатели больных с ДГПЖ также раздельно оценены в рассматриваемых группах (табл. 2) и были сравнены с показателями практически здоровых лиц (20 чел.).

Таблица 2 - Биохимические показатели больных с ДГПЖ основной и контрольной групп

Показатели	Контрольная группа (n-30) M1+m1	Основная группа (n-79) M2+m2	Здоровые (n-20) M3+m3
Остаточный азот, ммоль/л	18,36+1,04	22,4+2,75	17,9+0,81
	P M1-M2 > 0,05	M2 – M3 <0,01	
Мочевина крови, ммоль/л	6,2+0,47	6,43+0,32	5,82+0,47
	P M1-M2 >0,05	M2-M3 <0,05	
Креатинин крови, мкмоль/л	107,19+6,88	86,7+2,24	78,46+3,75
	P M1-M2 <0,05	M2-M3 <0,05	
Креатинин мочи, ммоль/сутки	9, 5+0,36	9,35+0,47	7,14+0,37
	P M1-M2 > 0,05	M2-M3 <0,05	
ПСА в крови	4,06+1,56	3,23+0,41	2,22+0,19
	P M1-M2 > 0,05	M2-M3 > 0,05	

Азотовыделительная функция почек у пациентов с ДГПЖ обеих групп оставалась в пределах нормальных величин. В контрольной группе остаточный азот составил - 18,36+1,04 ммоль/л; мочевина крови - 6,2+0,47 ммоль/л; креатинин крови - 107,19+6,88 мкмоль/л и экскреция креатинина в моче - 9,5+0,36 ммоль/л, а в основной группе остаточный азот -22,4+0,75 ммоль/л; мочевина крови - 6,43+0,32 ммоль/л; креатинин крови - 86,7+2,24 мкмоль/л и экскреция креатинина в моче - 9,35+0,47 ммоль/л. По уровню остаточного азота и мочевины обе группы были равнозначны. А уровень креатинина в крови был достоверно выше в контрольной группе в сравнении с основной (соответственно 107,19±6,88 мкмоль/л и 86,7±2,24 мкмоль/л). Однако эти различия были статистически достоверны по отношению к результатам биохимических показателей пациентов у практически здоровых лиц ($P<0,05$).

Данные обзорной и экскреторной урографии показали нормальную функцию почек – у 109 (83,8%) больных, сниженную – у 21(16,2%) и из них уретерогидронефротическая трансформация почек выявлена у 18 (13,8%).

Ультразвуковое обследование включало:

а) определение размера и объема простаты, высоты стояния внутри мочевого пузыря, характера эхоструктуры гиперплазированной железы;

б) определение эхоструктуры паренхимы железы: наличие уплотнений, эхопозитивных образований (камней), эхонегативных образований (кист), состояния и толщины капсулы железы и его эхоструктуры, которые обнаружены у 82,6%.

Поскольку определение размера, объема простаты и высота стояния внутри мочевого пузыря выражается в цифровых показателях, результаты представлены после статистической обработки. В основной группе объем простаты составил 62,3$\pm$1,7 см3, а в контрольной – 59,9$\pm$1,3 см3 ($P>0,05$). Высота стояния гиперплазированной простаты в полости мочевого пузыря составила 2,1$\pm$1,8 см3 и 1,7$\pm$0,6 см3 ($P>0,05$). Следовательно, по данным УЗИ различий в группах не выявлено.

Ректальное исследование ПЖ проводилось как правило после взятия анализа ПСА в крови с целью исключения погрешности в результатах.

При пальцевом ректальном исследовании ПЖ у больных основной и контрольной групп выявлены следующие данные: у 89 (68,5%) больных простата равномерно увеличена в размере, шарообразной формы, тугоэластической консистенции с отсутствием срединной борозды, у 23 (17,7%) простата со сглаженной срединной бороздой с преимущественным увеличением одной из долек, у 18 (13,8%) простата с плоской поверхностью, плотной и эластической консистенции без спаянности с окружающими тканями, сглаженности срединной борозды.

При этом болезненность и повышение чувствительности выявлены у 95 (73,1%), а безболезненность при пальпации отмечены – у 35(26,9%) пациентов.

Высокая частота проявлений копулятивной дисфункции при ДГПЖ вследствие воспалительных заболеваний репродуктивных желез чаще протекает в различных клинических вариантах.

При обследовании больных с нарушением копулятивной функции при ДГПЖ 1 стадии, мы считали целесообразным изучить наиболее важные показатели, которые позволили более полно оценить функциональное состояние половых желез в частности ПЖ.

Отправными точками лабораторных исследований мы считаем необходимость исключения бактериального генеза простатита, и это начиналось с взятия мазка с уретры на выяснение характера микроскопических картин.

При микроскопическом исследовании секрета предстательной железы у большинства больных обеих групп выявлено повышенное содержание лейкоцитов. Этот показатель в первую очередь зависит от клинической формы простатита. Следует отметить, что более выраженные лейкоцитарные

реакции отмечены у больных основной группы, очевидно, вследствие затяжного течения воспалительного процесса, обусловленного нарушением кровообращения в малом тазу и, в частности, предстательной железе. При сопоставлении содержания лейкоцитов в секрете предстательной железы в зависимости от клинической формы простатита и сравнительном аспекте основной и контрольной группы пациентов имелись достоверные различия (P< 0,01), которые отражены на таблице 3.

Таблица 3 - Содержание лейкоцитов в секрете простаты у больных ДГПЖ 1 стадии обеих групп при различных категории простатита

Формы простатита	Содержание лейкоцитов в группах:		
	Контрольная n – 15	Основная n – 33	P – степень достоверности
IIIB СХТБ/ХАБП	6,35 ± 0,8	8,8 ± 0,55	< 0,01
IIIA СХТБ/ХАБП	16,4 ± 1,2	29,7 ± 0,3	< 0,01
II ХБП	33,5 ± 2,8	65,7 ± 2,6	< 0,01

Бесспорно, как указано в таблице более выраженная лейкоцитарная реакция отмечена у больных категории II (ХБП), у которых содержание лейкоцитов составило - 65,7 ± 2,6 по сравнению с категорией IIIA СХТБ/ХАБП, где содержание – 16,4 ± 1,2 (p 0,05). Содержание лейкоцитов в секрете простаты у больных с категорией IIIB СХТБ/ХАБП показало – 8,8 ± 0,55 и по отношении к категории II достоверность по критерию t имело место (p<0,001), а к категорию IIIA СХТБ/ХАБП тоже оказались достоверными (p<0,05).

Мы ранее подчеркивали, что уровень содержания лецитиновых зерен в секрете ПЖ отражает ее функциональное состояние и связано это, на наш взгляд с тем, что при длительном воспалительном процессе, как правило, резко угнетается функция ПЖ и количество лецитиновых зерен в секрете изменяется.

В частности, содержание лецитиновых зерен в секрете ПЖ у больных ХБП имеет тенденцию к снижению, что отмечено - у 65,0%, а у больных IIIB СХТБ/ХАБП эта тенденция выявлена - у 77,8%. Причем, чаще отмечается у пациентов с категорией IIIA СХТБ/ХАБП – у 88,4% случаев.

Анализ бактериологического исследования секрета предстательной железы на микрофлору показал: кишечная палочка выявлена у 12,4%, золотистый стафилококк – у 9,3 %, клебциелла – у 6,2%, а ассоциация микрофлоры – у 18,5%.

Проведенное ультразвуковое обследование всех больных основной и контрольной групп выявило эхопризнаки простатита на фоне гиперплазии простаты, которые были представлены в процентных соотношениях в зависимости от количества встречаемости и связи с клинико-лабораторными данными. При ультразвуковом исследовании предстательной железы инфильтративная форма простатита установлена у 53 (54,7%), застойная – у 37 (38,1%) и калькулезная – у 7 (7,2%). Эти результаты были учтены нами в процессе лечения.

Мы обратили внимание и на содержание лецитиновых зерен в секрете предстательной железы, уровень которых отражает ее функциональное состояние. При длительном воспалительном процессе, как правило, резко угнетается функция железы и количество лецитиновых зерен в секрете предстательной железы изменяется в зависимости от клинической формы простатита.

Наряду с исследованием секрета простаты определен и его pH, и при этом отмечено, что у больных основной группы pH был смещен в щелочную сторону -7,8±0,6, а у пациентов контрольной группы он составил 7,4±0,3, различия эти недостоверны (P>0,05), следовательно, pH секрета в обеих группах не отличался.

Выводы: Причиной развития копулятивной дисфункции у больных с ДГПЖ является с одной стороны наличие сопутствующего хронического простатита, так как в предстательной железе установлено повышенное содержание лейкоцитов в секрете

простаты, смещение ее pH в щелочную сторону. С другой стороны одной из патофизиологических причин развития ЭД у пациентов с ДГПЖ имеет место возрастной гипогонадизим, учитывая данное обстоятельство в процессе лечения больных.

Литература

1. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э., Абсиметов А.К. и др. Применение препарата Импаза в лечении эректильной дисфункции у пациентов с ДГПЖ

2. Вишневский Е.Л., Калинченко С.Ю., Коваль А.Н. Влияние сильденафила (Виагры) на расстройства мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты (экспериментально-клиническое исследование) //Клиническая фармакология и терапия.- 2006.- Том 15, №1.- С. 46-51.

3. Лоран О.Б., Щеплев П.А., Нестеров С.Н. Диагностика и лечение эректильной дисфункции // Урология и нефрология.- 1998.- №3.- С.39-46.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С НЕФРОПТОЗОМ

Турашев М.Т.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье даны клинико-лабораторные и рентгенологические результаты исследований почек 115 больных страдающих нефроптозом.

Ключевые слова: Нефроптоз, клинико-лабораторные и рентгенологические исследования почек, пиелонефрит.

Введение. Казалось уже прошло более 4 веков, когда стали впервые упоминать о блуждающей почке, однако с тех пор актуальность изучения данной патологии не утихло [2,4]. Этому способствует ряд негативных сторон, ухудшающих медицинские показатели, характеризующие качества жизни пациентов, обусловленных высокой частотой регистрации и прогрессирования без соответствующего лечения грозных осложнений, таких как - мочекаменная болезнь, гидронефротическая трансформация верхних мочевых путей, нефрогенная венозная или артериальная гипертензия, нефросклероз и хроническая почечная недостаточность, которые создают неблагоприятный прогноз болезни.

В литературном поле изучения данной патологии в основном применяются клинико-экспериментальные обоснования, а, следовательно необходима постоянная модификация техник нефропексии, начиная с открытых методов лечения, заканчивая использованием высокотехнологической аппаратуры [1,3]. Однако многие стороны по вопросу изучения нефроптоза остаются не до конца изученными, спорными или остаются в стадии разработки, и на наш взгляд необходим первоначальный акцент на четкую разграниченную интерпретацию и их сопоставимость с клиническими, лабораторными и другими технологическими исследованиями. Это в свою очередь позволяет определить диапазон разграничений между консервативными и оперативными методами лечения нефроптоза и накопившиеся клинические данные среди авторов вызывают скептический взгляд о роли консервативной коррекции птоза почки, если даже данная патология развивается на первой стадии. Сказанное выше стало основой для проведения клинико-лабораторных и других методов исследования для построения алгоритмизированного подхода дальнейшего адекватного выбора терапии.

Материал и методы исследования. В клиническую характеристику вошли 115 пациентов больных нефроптозом, которые прошли обследования в стенах Республиканского научного центра урологии при

Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

В методике исследования больных применены общие традиционные клинические обследования: сбор жалоб и анамнеза, общий осмотр и локальный осмотр мочеполовой системы, лабораторные, биохимические, рентгенологические и лучевые исследования.

Результаты и их обсуждения. Среди 115 обследованных больных с нефроптозом женщины - 101 (87,8%), мужчины – 14 (12,2%), Средний их возраст составлял - 31,2±2,8 лет.

Клиническая картина нефроптоза многообразна и чрезвычайно изменчива. Так, у больных с этой патологией имеются нарушения не только со стороны мочевой системы, но и других внутренних органов и систем, что значительно затрудняет диагностику этого заболевания. Симптоматология патологически опущенной почки находится в прямой связи со степенью нефроптоза и сопутствующими осложнениями, а также длительностью заболевания. Согласно литературным данным, по клинической картине различают: 1 - болевую. 2 - диспептическую, 3 - нервную формы нефроптоза.

Большинство симптомов болевой и диспепсической форм являются либо расстройства со стороны нервной системы, либо нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта, либо они сочетаются. Такое обстоятельство приводит к тому, что большинство больных длительное время находятся на стационарном или амбулаторном лечении в терапевтических, хирургических и неврологических отделениях. Это говорит еще и о том, что врач общей лечебной сети еще мало знаком с этой, довольно часто встречающейся, патологией.

Заболевание сопровождалось различными расстройствами со стороны нервной системы, а нарушение деятельности желудочного тракта довольно часто сопровождалось различными диспептическими расстройствами, такими как тошнота, изжога, плохой аппетит, боли в правом подреберье или подвздошной области, вздутие живота, понос или запор. Нередко эти расстройства оцениваются хирургами как острый аппендицит или холецистит, и такие больные подвергаются оперативному вмешательству.

Функциональные нарушения со стороны центральной нервной системы у больных нефроптозом проявляются головными болями, головокружением, раздражительностью, шумом в ушах, плаксивостью и быстрой утомляемостью. Наличие неврологической симптоматики можно объяснить рефлекторными связями почки парасимпатической и симпатической нервной системой. В нашем клиническом случае неврологическая симптоматика была отмечена у 54 больных.

Нередко опущенная почка была обнаружена случайно самим больным или заболевание диагностировано при профилактическом осмотре. Поэтому в данном случае имело место бессимптомное течение нефроптоза. Однако некоторые из этих больных ощущали чувство инородного тела в подреберье, мешающее глубоко вздохнуть, согнуться и разогнуться, без изменения уродинамики и гемодинамики.

При 1 степени нефроптоза 21 (18,3%), больные обычно жалуются на тупые, тянущие, ноющие боли в области почки или поясничной области, усиливающиеся при ходьбе, физической нагрузке. Следует заметить, что тупые боли изматывают больных не столько интенсивностью, сколько упорным постоянством.

При 2 степени нефроптоза 77 (66,9%) боли имют место постоянного характера, однако их интенсивность снижается при горизонтальном положении тела, при исключении физической нагрузки. Болевой синдром может переходить в острые, т.е. в виде приступа почечной колики и передаваться походу мочеточника в паховую область и половые органы. Иногда боли сопровождаются тошнотой, рвотой, иногда олигоанурией. Почечная колика при физической нагрузке наблюдался у 25-30% больных, при этом почка смещается вниз, происходит ее ротация и перегиб мочеточника, нарушается уро- и гемодинамика почки.

Почечная колика при нефроптозе менее интенсивная, менее продолжительная, чем при других урологических заболевани-

ях, и легко купируется в горизонтальном положении, т.е. достаточно больному лечь в постель и почка перемешается в свое ложе и боли исчезают.

Повышение температуры тела при патологически подвижной почке связано с осложнениями, особенно с пиелонефритом. Такие осложнения , как камни почек, пиелонефрит, гидронефроз, артериальная гипертония при нефроптозе в свою очередь характеризуются определенным симптомокомплексом.

Хронический пиелонефрит имеет место во всех случаях (100,0%) и при этом частые рецидивы отмечены у 54,3% случаев. Нефроптоз с осложненным уролитиазом имеет место у 34 (29,6%) больных, прогрессирующие пиелоэктазии или, гидронефроз у - 22 (19,1%), макрогематурия у 49 (42,6%), нефроптоз с артериальной гипертензией у-37,4% случаев.

3 стадии отмечено у – 17 (14,8%) больных, у которых на фоне болевой, дизурической, диспептической и неврологической симптоматики были отмечены нарушения физической и умственной работоспособности, что требовало активной тактики лечения.

В нашей клинике в течение 35 лет практикуется разработанное О.А. Абдылдаевым супракапсулярная нефропексия с мышечно-фасциальным лоскутом. По данной методике было прооперировано 103 (89,6%) больных и в 12 (10,4%) случаев был использован способ нефропексии почки с применением полипропиленовой сетки. Нефропексия проводился путем фиксации почки в физиологическом положении. Фиксацию почки в физиологическом положении производят путем фиксации одного конца ленты к передней поверхности поясничной мышцы. Затем оборачивают лентой нижний полюс почки и фиксируют свободный конец ленты к передней поверхности почки.

При обследовании оперированных больных методом супракапсулярной нефропексии с мышечно-фасциальным лоскутом в отдаленном периоде, т.е. через год, были зарегистрированы рецидивы нефроптоза у 2 (1,7%) случаев, а при ленточном способе фиксации опушенной почки рецидивов не было ни одного случае.

Выводы: 1. Клиническая картина нефроптоза характерна своим многообразием и чрезвычайно изменчива. В данной патологии имеются нарушения не только со стороны мочевой системы, но и других внутренних органов и систем, что значительно затрудняет диагностику этого страдания.

2. Высокая частота осложнений, таких как пиелонефрит, камни почек, гидронефроз, артериальная гипертония при нефроптозе предопределяет особый подход к данному заболеванию, то есть раннее диагностирование, проведение целенаправленного обследования, и выбор наиболее адекватной тактики лечения.

3. Многолетняя клиническая практика оперативного лечения нефроптоза показала оправданность супракапсулярной нефропексии с мышечно-фасциальным лоскутом. Однако данный способ требует усовершенствования для профилактики рецидивов и устранения ротации почки.

Литература

1. Князев Ш.М. К методике хирургического лечения нефроптоза: Автореф. дис. канд. мед.наук. – Нальчик, 2001.- 22 с.

2. Томян А.Г. Патогенетическое обоснование выбора хирургического лечения патологически подвижной почки: Автореф. дис. канд. мед.наук. – М, 2007. – 24 с.

3. Barber N. J., Thompson P. M. Nephroptosis and nephropexy – hung up on the past? //Eur. Urol. – 2004. – Vol. 46.- P. 428-433.

4. Moss S. W. Floating kidneys: A century of nephroptosis and nephropexy //J. Urol. (Baltimore). – 1997.- Vol. 158. – P. 699-702.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА БИЦИКЛОЛ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ «С»

Бекенова Д.С., Заирова Г.М., Тобокалова С.Т.

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации, Медицинская клиника «ЦАДМИР», г. Бишкек

Актуальность. Острые и хронические вирусные гепатиты являются одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и здравоохранения. Хрониогенный потенциал вируса гепатита С (HCV) и особенно вируса гепатита D (HDV) очень высок [1]. В России, по последним данным, 30% молодого населения инфицированы вирусом гепатита В (ВГВ), причём 70-85% из них – подростки 15-19 лет [3]. Этому активно способствуют ранние беспорядочные сексуальные связи и внутривенное введение наркотиков.

Кыргызская Республика относится к гиперэндемичным по всем видам вирусных гепатитов странам. В связи с этим, лечение хронических гепатитов (ХГ) приобретает не только медицинское, но и социальное значение [2].

Материалы и методы исследования. Проведён ретроспективный анализ заболеваемости острыми вирусными гепатитами В, С и «носителями» этих вирусов в 2000-2012 гг. с использованием официальных статистических материалов: Государственной отчётной формы №1 “Отчёт по инфекционной и паразитарной заболеваемости” за последние 13 лет, а также проведён анализ историй болезни 73 больных, обратившихся с хроническим гепатитом С (ХГС), с апреля 2011 г. в клинику «ЦАДМИР», которые соответствовали требованиям для включения в данное исследование – монотерапия Бициклолом:

- Больные в фазе репликации (выявление РНК HCV);
- Вирусная нагрузка >100 000 копий/мл.
- Длительность заболевания ХГС менее 5 лет.
- Уровень активности АлАт, превышающий верхний показатель нормы (0,14 мккат/мл) в 1,5 и более раз;
- Отсутствие тяжелых сопутствующих заболеваний, в т.ч. – аутоиммунный гепатит, выраженная анемия и беременность.

Этиологическая верификация ХГС осуществлялась по обнаружению в сыворотке крови у больных анти-HCV методом ИФА и РНК вируса гепатита С методом ПЦР качественно и количественно, с определением генотипа, при отрицательных результатах на маркеры вирусов гепатитов В и D.

Бициклол - препарат на основе китайского лимонника (Shizandrin-S), выпускаемый Пекинской объединённой фармацевтической фабрикой. Суточная доза Бициклола, в зависимости от вирусной нагрузки составила 50-75 мг (2-3 таблетки) ежедневно в течение 3 – 6 - 9 мес.

Комплексное обследование включало клинический осмотр по органам и системам, УЗИ органов брюшной полости, фиброэластометрия (Фиброскан), клинические анализы крови и мочи. Проводились рутинные биохимические исследовния крови (АлАТ, АсАТ, ЩФ, билирубин, протромбин, протеинограмма, гормоны щитовидной железы). Контрольные клинико-лабораторные исследования проводились: до начала лечения (1), через 1 месяц терапии Бициклолом (2), через 3 месяца лечения (3), после лечения (4) и через 3 месяца после окончания терапии (5).

Эффективность лечения оценивали по критериям Протокола лечения острых и хронических вирусных гепатитов (Москва, 2010) [4]. Кроме того, определялось наличие нежелательных явлений и побочных реакций применяемого препарата.

Результаты и их обсуждение. Согласно статистике Министерства здравоохранения Кыргызской Республики заболе-

ваемость острым вирусным гепатитом В (ОВГВ) в 2000-2002 гг. значительно возросла (Р <0,05), что связано с улучшением лабораторной диагностики. За последние 10-12 лет открыты десятки частных лабораторий ИФА и ПЦР.

С 2003 заболеваемость ОВГВ имеет тенденцию к снижению 38,9$^{0}/_{0000}$ и 9,4 $^{0}/_{0000}$ случаев на 100 тыс. населения (табл. 1).

Снижение частоты выявления вирусного гепатита В связано с внедрением в практику здравоохранения вакцинации против гепатита В детям первого полугодия жизни (2000 г.). С 2009 года гепатитом В болеют, практически, только лица старше 14 лет (92,8±1,7%).

Таблица 1- Динамика заболеваемости и «носительства» вирусов гепатита В и С в Кыргызстане (2000-2012 гг.).

Вирусные гепатиты	2000	2001	2002 абс. чис.	2003 абс. чис.	2004 абс. чис.	2005 абс. чис.	2006 абс. чис.	2007 абс. чис.	2008 абс. чис.	2009 абс. чис.	2010 абс. чис.	2011 абс. чис.	2012 абс. чис.
Острый геп. В инт.показ.	1301 26,6	932 19,1	1931 38,9	726 14,5	762 15,0	637 12,5	616 11,9	637 12,2	548 8,1	580 10,8	509 9,4	545	565
Острый гепатит С			89	106	118	108	139	154	124	323	296	110	127
Носители HBV			2614	2160	2110	2714	2849	3175	1920	2414	2003	2848	3400
Носители HCV			1694	1812	1728	2379	2188	2199	1568	1643	1488	2180	2522

Известно, что только у 15% больных гепатит С протекает с клиническими признаками болезни (желтуха, увеличение печени и др.), у остальных (85%) переходит в первично хронический гепатит. В 2009-2010 годы отмечалось увеличение числа больных острым гепатитом С.

В то же время, ежегодно растёт число, так называемых, носителей вируса гепатита В и С, которое превышает количество больных с острой формой гепатита в 6-20 раз. Большинство учёных отрицают возможность бессимптомного носительства этих вирусов и относят его к латентной форме хронического вирусного гепатита (ХВГ). Официальная регистрация больных с ХВГ в стране началась только в 2010 г, и далека от совершенства. Больные ХВГ часто впервые выявляются в отделениях гематологии, нефрологии, онкологии, кардиологии и не всегда регистрируются, и не получают противовирусную терапию.

Для диагностики вирусных гепатитов используются методы ИФА и ПЦР в полном объёме в частных лабораториях и частично - в государственных Центрах ВИЧ/СПИДа.

В резолюции 12 международного симпозиума по вирусным гепатитам и заболеваниям печени (Париж, 2006), основным препаратом для лечения ХВГ остаётся рекомбинантный интерферон альфа (ИФН) [3]. В Кыргызстане зарегистрированы и применяются стандартные («короткие») ИФН: реаферон, виферон, интераль, роферон А и пегилированный ИФН – пегасис.

В то же время, многочисленные побочные реакции, необходимость парентерального введения, высокая стоимость препаратов ИФН снижают приверженность больных к ним и ограничивают их широкое использование. Наряду с этим, многолетняя персистенция вирусов в организме больного сопровождается снижением их чувствительности к ИФН, а вирус, циркулирующий у пациентов, к этому времени уже может становиться резистентным к противовирусной терапии (ПВТ) [4].

В лечении хронического гепатита В и компенсированного цирроза печени в последние 2-3 года применяются аналоги нуклеозидов – энтекавир и ламивудин внутрь, преимущественно в амбулаторных условиях и частных клиниках. Для большинства больных даже эти препараты экономически недоступны.

Решению проблемы резистентности вирусов к ПВТ могло бы способствовать применение гепатопротекторного препарата с противовирусной активностью бициклол.

Сопутствующая патология имелась у

53,4% больных: хронический холецистит, желчекаменная болезнь, панкреатит, гастрит, лёгкая анемия, пиелонефрит, атеросклероз. У больных не было других заболеваний печени.

Геморрагический синдром в виде носового кровотечения и кровоточивости дёсен наблюдался у 36,7% пациентов. Субиктеричность кожи и склер отмечалась только у 11 (18,3%) пациентов, а телеангиэктазии и «печеночные» ладони – в 32,9% случаев. Гепатомегалия установлена у 34 (46,5%) больных, увеличение селезёнки – у 21,7%. Периферических отёков и асцита не было.

Минимальная степень активности гепатита наблюдалась у 19,2 % пациентов, умеренно выраженная – у 56,2% и выраженная – у 24,6% больных.

Биохимическая ремиссия по нормализации АЛТ устанавливалась каждые 3 мес.у больных, получавших бициклол. Спустя 1 мес от начала противовирусной терапии у 28 больных (38,4%) нормализовалась активность АЛТ, а средний показатель составил 0,19±0,1мккат/л. После завершения 6 месячного курса лечения частота биохимической ремиссии составила у 100,0% больных. Она не снизилась через 12-18 мес. после окончания терапии бициклолом.

Таблица 2- Динамика уровня АЛТ и частоты биохимической ремиссии у больных ХГС, получавших бициклол

Сроки обследования	Уровень АлАт (N=0,06 - 0,14 мккат/л)	Частота биохимической ремиссии (абс. /%)
До лечения	0,47±0,2	-
1 мес. терапии	0,19±0,1	28/38,4
3 мес. терапии	0,14±0,1	73/100,0
6 мес. терапии	0,12±0,1	73/100,0
9 мес. терапии	0,14±0,1	71/97,3
После окончания курса	0,13±0,2	73 /100,0
Через 6 мес.после лечения	0,15±0,2	73/100,0

Таблица 3 - Динамика вирусной нагрузки на фоне лечения бициклолом (концентрация РНК вируса гепатита С в сыворотке крови - копий/мл).

Концентрация вируса гепатита С в крови	*n* = 68	P
До лечения *(1)*	1978000±3715	1-2 < 0.05
Через 4 недели лечения *(2)*	916000±1182	2-3 < 0.01
Через 3 мес. лечения *(3)*	57000±313	1-3 < 0.001
Через 6 мес. лечения *(4)*	Не обнаружено	

Динамика клинических симптомов и других лабораторных показателей на фоне проводимой терапии значительно улучшилась. Ни у одного больного после лечения не выявлено увеличения печени более 1,5см ниже реберной дуги

Наиболее значимым в оценке эффективности терапии является вирусологический ответ. Ранний вирусологический ответ – это исчезновение РНК HCV или снижение вирусной нагрузки на 2 lg через 3 мес. от начала лечения, поздний – через 6мес. от начала лечения. Прекращение вирусной репликации, свидетельствует о вирусологической ремиссии, а ее сочетание с биохимической - о полной ремиссии. Целью любого лечения является установленное не только полной, но и длительной и стабильной (сохранение полной ремиссии в течение 6, 12 и более месяцев после завершения курса) ремиссии.

В наших исследованиях полная вирусологическая ремиссия была достигнута после 6 мес. лечения бициклолом у 93,2% больных (табл. 3).

У 5 пациентов после некоторого снижения вирусной нагрузки, вновь увеличилась, в связи с чем, эти больные были пере-

ведены на ИФН терапию.

Впервые месяцы лечения у 7 (9,6%) больных отмечались тошнота, головокружение, раздражительность. Серьёзных нежелательных явлений, повлекших снижение дозы препарата или его отмены, не отмечено.

Выводы:

1. Результаты применения бициклола в стандартных дозах у больных ХГС свидетельствуют о высокой его эффективности и удовлетворительной переносимости данной схемы лечения. Полная ремиссия зарегистрирована у 93,2% больных. Серьёзных побочных эффектов, повлекших снижение дозы препарата или отмену, не выявлено.

2. Учитывая вышеизложенные недостатки традиционной противовирусной терапии ХВГ, разработка новых подходов к их лечению представляется весьма актуальной. В этой связи, применение препарата Бициклол зарекомендовало себя наиболее эффективным и безопасным подходом.

Литература:

1. Ющук Н.Д. Национальное руководство по инфекционным болезням. - М.: Медицина, - 2010. - 1080 с.
2. Информационный бюллетень Департамента Государственного санитарного эпидемиологического надзора КР. - Бишкек, 2012.- 38 с.
3. Хазанов А.И., Плюснин С.В., Язенок Н.С. Использование российских противовирусных препаратов в лечении хронического гепатита С // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.-2005. –т. XV. - №1.-С.32.
4. Волчек И.В., Нестеров Т.В. и др. Инфекционные болезни. Опыт использования препаратов рекомбинантных интерферонов для индивидуализированной монотерапии больных с хроническим гепатитом С // Сборник публикаций и отчетов. -2006. С 42-46.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Полтава Н.В.

ЦСМ №4

Ключевые слова: девочки-подростки, возрастной состав, menarche, дневной сон, учебная нагрузка, подростковый гинеколог.

Резюме: Проведено анонимное анкетирование 1016 девочек-подростков, проживающих в г. Бишкек, г. Кара-Кол, г. Джалал-Абад. Анализ данных выявил, что menarche в 13-14 лет наступило у 51,1% подростков, при этом во второй группе отмечено более позднее начало менструаций в 34,8±2,4 на 100 девочек-подростков в сравнении с 1-й и 3-й группами ($p<0,001$), в 3-й группе наоборот установлено раннее половое созревание в сравнении с другими группами – 8,0±1,5 на 100 девочек-подростков. Длительность менструальных кровопотерь составило 3-6 дней в среднем у 69,5% девочек-подростков. При этом более 7-ми дней составило у 24% подростков, что считалось нормой для каждой из них. Уровень учебной нагрузки считают средней 70% подростков. По данным анализа анкет в г.Бишкек на суточный сон приходится 8-9 часов, в г. Кара-Кол – 7-8 часов, в г. Джалал-Абад – 6-7 часов, при этом у каждой 5-й из 3-ей группы он составил менее 5 часов. Для современных девочек-подростков отмечена общая тенденция отсутствия дневного сна. Следует отметить, что у 57% девочек-подростков трех групп имеются вопросы по репродуктивному и сексуальному развитию. При этом более 80% подростков г. Кара-Кол и г. Джалал-Абад не знают своего подросткового гинеколога, когда в г. Бишкек эта цифра составила 45,3%.

Введение. В последние десятилетия в связи с отчетливыми депопуляционными тенденциями в России и других странах мира, проблема охраны репродуктивного здоровья подростков Кыргызстана приобрела чрезвычайную остроту. Сохраняющаяся отрицательная ситуация в асоциальном поведении девочек-подростков, усугубляется снижением численности и стабильным ухудшением соматического и гинекологического здоровья детей 0-17 лет, что создает реальную угрозу успешной реализации ими репродуктивной функции и возможности увеличения демографического резерва страны в ближайшие десятилетия.

Известно, что наблюдаемый сейчас

рост сексуальной активности молодежи, в меньшей степени, связан со своеобразием гормонального статуса молодого организма, а в большей - со средовыми факторами. Хотя необходимо подчеркнуть и учесть более раннее половое развитие девочек-подростков в последнее время. Сексуальное поведение человека, в том числе и подростка, формируется, по существу, вопреки неблагоприятным условиям обитания (экологической агрессии, стрессам, социальной и экономической нестабильности, алиментарной недостаточности, несоблюдения правил здорового образа жизни), поэтому следует учитывать влияние таких факторов, формирующих сексуальное поведение, как условия жизни, педагогические дефекты и доступность вредных видов сексуальной практики.

В условиях, происходящих в стране политических и социально-экономических преобразований, важнейшими направлениями, нацеленными на реализацию государственной политики, являются охрана репродуктивного потенциала девочек-подростков, улучшение их социального благополучия и психологического здоровья. Репродуктивное здоровье - это понятие более широкое, чем половое развитие и гинекологическое здоровье. Оно включает гармоничность и сбалансированность полового, физического, психосексуального, психосоциального развития, соматического и психического здоровья. Поэтому его охрана представляет комплексную проблему, решение которой зависит от усилий многих специалистов, при координирующей роли подросткового гинеколога и подросткового терапевта. Таким образом, существует необходимость углубленной оценки ситуации в области репродуктивного здоровья подростков в Кыргызстане, оптимизации рациональной подготовки подростков к «переходному периоду» их гормонального становления.

В медицинской литературе Кыргызстана последних лет, мы не обнаружили детальных работ по оценке репродуктивного поведения девочек-подростков и анализу подросткового социального поведения. Вышесказанное послужило основанием для проведения данного исследования в Кыргызской Республике.

В связи с этим, **целью** данного сообщения является анализ особенностей репродуктивного здоровья девочек-подростков разных регионов КР.

Материал и методы. Репродуктивное здоровье девочек-подростков (15-17 лет) проживающих в городах: Бишкек, Кара-Кол, Джалал-Абад Кыргызской Республики оценивалось на основании добровольного анкетирования. В анонимном анкетировании приняли участие девочки-подростки, включенные в исследование методом случайного отбора. Анкета была разработана лично автором с соблюдением принципов биоэтики, включала 60 вопросов, адаптированных к современному уровню социально-психологического развития подростков. Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Данные об особенностях возрастного состава, становления репродуктивной функции и репродуктивного поведения у девочек-подростков КР получены из проведенного анализа 1016 анкет. При этом приняли участие в г. Бишкек – 320 девочек-подростков, в г. Кара-Кол – 385 подростков, в г. Джалал-Абад – 311 респондентов (рис.1). Из данных анкет нами установлено, что в г. Бишкек 35,0% девочек-подростков приходилось на возраст 17 лет, 33,1% на 16 лет, 31,9% – на 15 лет. В г. Кара-Кол 36,1% на 16 лет, 33,8% на 15 лет, 30,1% на 17 лет. В г. Джалал-Абад 35,0% на 16 лет и по 32,5% на возраст 15 и 17 лет. Как показывают цифры, возрастной состав респонденток был схожим во всех группах, резких отличий не наблюдалось. При изучении показателей репродуктивного здоровья девочек-подростков для удобства описания нами были определены группы: в 1-ю группу вошли девочки-подростки г. Бишкек, во 2-ю группу – г. Кара-Кол, в 3-ю группу – г. Джалал-Абад соответственно.

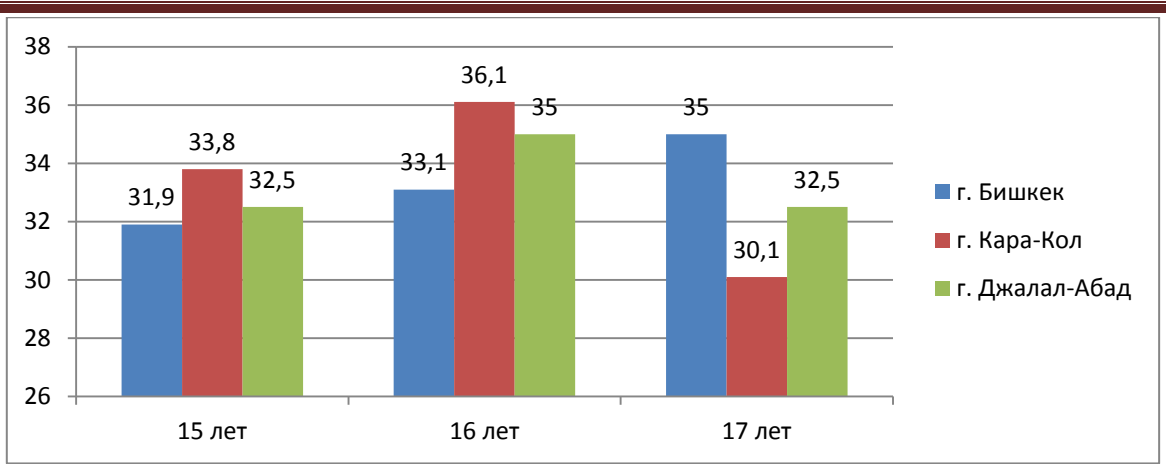


Рис. 1. Возрастной состав девочек-подростков КР, принявших участие в анкетировании (%).

При этом установлено, что menarche в 13-14 лет было у 49,7±2,8 на 100 девочек-подростков 1-й группы, у 45,5±2,5 2-й группы и 58,2±2,8 3-й группы соответственно (табл. 1). На возраст 11-12 лет начало менструаций приходится в 44,7±2,8 на 100 девочек-подростков первой группы и 24,4±2,4 третьей группы, тогда как во второй группе всего 19,7±2,0 соответственно, при этом достоверность различий 1-й группы со 2-й и 3-й составляет $p<0,001$. При этом menarche в возрасте 15-17 лет было во второй группе 34,8±2,4 на 100 девочек-подростков, тогда как в группе 1-й – 3,8±1,1 ($p<0,001$) и в 3-й – 9,3±1,6 соответственно($p<0,001$). В 3-й группе ранее menarche было у 8,0±1,5 на 100 девочек-подростков, в 1-й группе 1,9±0,8 соответственно и не было во 2-й группе. Проведенное нами исследование выявило достоверное различие в группах, у девочек-подростков г. Кара-Кол отмечается более позднее menarche в сравнении с г. Бишкек и г. Джалал-Абад ($p<0,001$). При этом у девочек-подростков г. Джалал-Абад происходит более раннее начало менструаций в сравнении с двумя другими группами ($p< 0,001$).

Таблица 1 - Региональные особенности менструальной функции у подростков (на 100 девочек-подростков 15-17 лет) КР.

	г. Бишкек (I группа)		г. Кара-кол (II группа)		г. Джалал-Абад (III группа)	
15-17 лет	n=320	P±m	n=385	P±m	n=311	P±m
Во сколько лет началась менструация						
8-10 лет	6	1,8±0,8	0	0,0±0,0	25	8,0±1,5***
11-12 лет	143	44,7±2,8	76	19,7±2,0	76	24,5±2,4
13-14 лет	159	49,7±2,8	175	45,5±2,5	181	58,2±2,8
15-17 лет	12	3,8±1,1	134	34,8±2,4***	29	9,3±1,6
По сколько дней						
1-2 дня	16	5,0±1,2	24	6,2±1,2	26	8,4±1,6
3-4	107	33,4±2,3	108	28,1±2,3	110	35,4±2,7
5-6	103	32,2±2,5	146	37,9±2,5	129	41,5±2,8
7-8	78	24,4±2,2	95	24,7±2,2	32	10,2±1,7
9-12	16	5,0±0,9	12	3,1±0,9	14	4,5±1,2

Примечание: достоверность различий по сравнению со 2-й и 3-й группами, ***$p<0,001$.

Рассматривая длительность менструации, следует отметить, что на классические 3-6 дней менструальных кровопотерь приходится 65,6% у девочек-подростков 1-й группы, у 2-й группы - 66,0% и у 3-й группы – 76,9%. Однако длительность менструации более 7-ми дней наблюдалось у 29,4% в 1-й группе, 27,8% во 2-й группе и 14,8% в

3-й группе. При этом все девочки-подростки считали это нормой, хотя отмечали болезненное и обильное протекание месячных, это подчеркивает необходимость акцентировать вопросы личной гигиены и становления менструального цикла у девочек в школе, для своевременного выявления гормональных нарушений у данного контингента в более раннем возрасте.

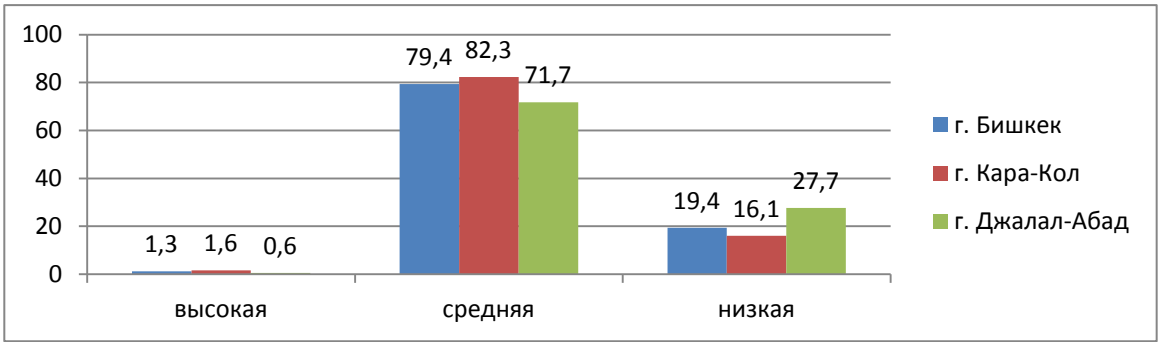


Рис. 2. Уровень учебной нагрузки в школе для девочек-подростков КР (%).

Из данных анкет нами установлено, что более 70% девочек-подростков всех 3-х групп отмечают для себя уровень учебной нагрузки как средний. Высоким, уровень нагрузки в среднем отмечает 1,2% подростков, однако в среднем каждая пятая девочка-подросток оценивает уровень учебной нагрузки как низкий. Данные схожи во всех группах достоверных различий нет.

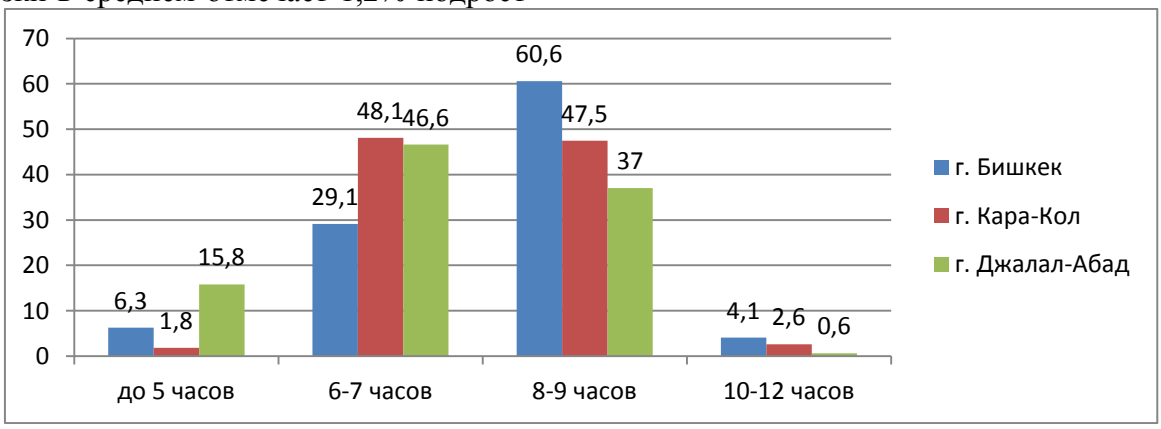
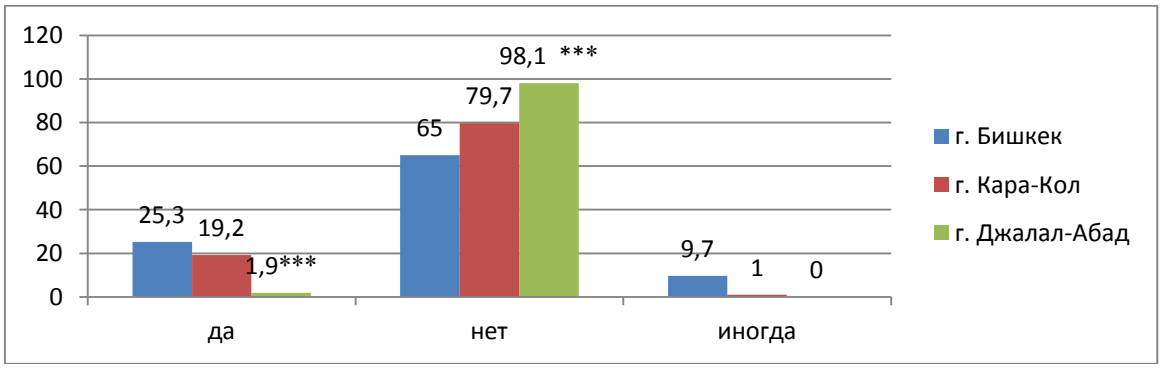


Рис. 3. Длительность сна в течение суток у девочек-подростков КР (%).



Примечание: достоверность различий по сравнению в первой группой,* **p<0,001.
Рис. 4. Девочки-подростки КР имеющие дневной сон (%).

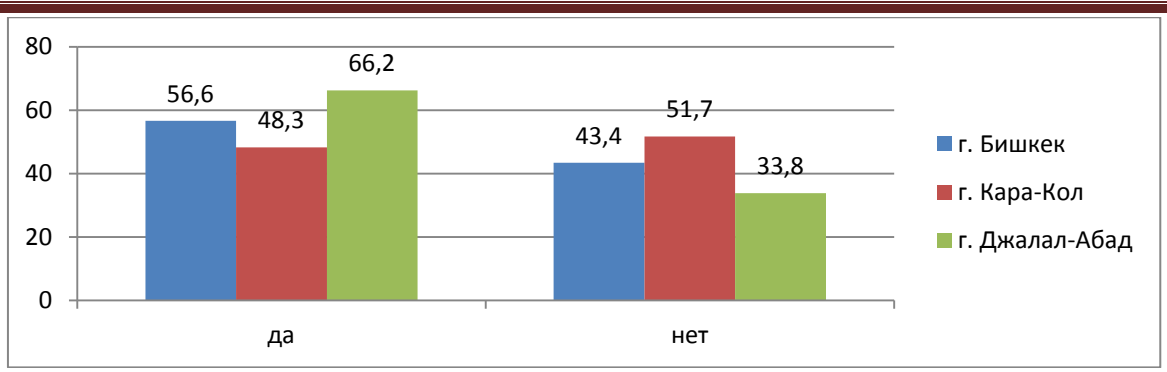


Рис. 5. Доля девочек-подростков ответивших на вопрос: «есть ли вопросы по сексуальному развитию?».

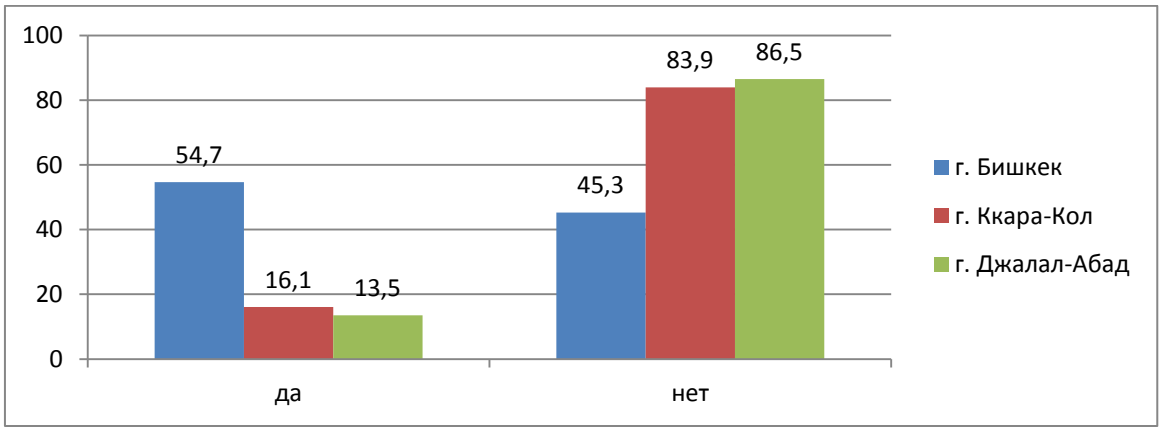


Рис. 6. Доля девочек-подростков ответивших на вопрос: «знают ли о существовании подросткового гинеколога в ЦСМ своего города?».

Рассматривая длительность сна в течение суток надо отметить, что девочки-подростки г. Бишкек в 60,6% имеют сон 8-9 часов (рис. 3). Для девочек-подростков г. Кара-Кол сон составляет 7-8 часов в сутки. Девочки-подростки г. Джалал-Абад спят по 6-7 часов в сутки, причем у каждой 6-й девочки третьей группы на сон приходится менее 5 часов.

Далее при изучении дневного сна у девочек-подростков 15-17 лет КР, следует отметить, что характерна общая тенденция отсутствия дневного сна у школьников (рис. 4). При чем в г. Джалал-Абад подростки в 98,1% случаев не спят днем, из-за нагрузки по дому. В г. Бишкек 35% подростков периодически спят днем, при этом успевая выполнить домашнюю работу. Примерно 80% девочек-подростков г. Кара-Кол не имеют дневного сна, из-за домашней работы. При этом достоверность различий 1-й группы с 3-й составляет ($p< 0,001$).

Оценивая уровень образованности современных девочек-подростков КР о репродуктивном и сексуальном развитии, следует отметить, что на вопрос «Есть ли вопросы по сексуальному развитию?» - «Да» - ответило 56,6% девочек-подростков 1-й группы, 48,3% - 2-й группы, 66,2% - 3-й группы (рис 5). Обобщая данные полученные на поставленный вопрос, следует отметить недостаточный уровень заботы и доверительных отношений у девочек – будущих матерей с собственными родителями дома. Следует обратить внимание, что 57% подростков всех трех групп имеют вопросы, достоверные ответы на которые возможно получить только благодаря совместным усилиям родителей, врачей и педагогов при воспитании подростков на самосохранительное поведение и здоровый образ жизни, с обязательным компонентом привития навыков у подрастающего поколения для сохранения потенциала нации на будущее.

Анализируя ответы на вопрос: «Знают ли о существовании подросткового гинеколога в ЦСМ (центре семейной медицины) своего города?», следует отметить, что достоверно различие между группами. Так в г. Бишкек (1-я группа) 54,7% девочек-

подростков знают, где им могут оказать помощь. При этом более 80% подростков 2-й и 3-й группы не знают о существовании подростковых гинекологов в своем городе. В г. Бишкек с 2008 года в ходе «пилотного» исследования были введены кабинеты подростковых гинекологов в четырех районах, где оказывается первичная медицинская помощь подросткам, с акцентом на профилактическую помощь. В 2011 году по Приказу МЗ КР от 19.05.11 года были введены подростковые гинекологи и в каждой области КР, однако по данным ответов подростки не знают где и кем оказывается гинекологическая помощь данному контингенту. Это еще раз подчеркивает необходимость тесной работы всех заинтересованных сторон в сохранении репродуктивного здоровья подрастающего поколения, медицинская помощь должна быть доступной для каждой девочки-подростка.

Таким образом, из анализа анкетных данных нами установлено, что возрастной состав респонденток был схожим во всех трех группах.

Menarche в 13-14 лет наступило у 51,1% подростков, при этом во второй группе отмечено более позднее начало менструаций в 34,8±2,4 на 100 девочек-подростков в сравнении с 1-й и 3-й группами ($p<0,001$), в 3-й группе наоборот установлено раннее половое созревание в сравнении с другими группами – 8,0±1,5 на 100 девочек-подростков.

Длительность менструальных кровопотерь составило 3-6 дней в среднем у 69,5% девочек-подростков. При этом более 7-ми дней составило у 24% подростков, что считалось нормой для каждой из них.

Уровень учебной нагрузки считают средней 70% подростков. По данным анализа анкет в г.Бишкек на суточный сон приходится 8-9 часов, в г. Кара-Кол – 7-8 часов, в г. Джалал-Абад – 6-7 часов, при этом у каждой 5-й из 3-ей группы он составил менее 5 часов. Для современных девочек-подростков отмечена общая тенденция отсутствия дневного сна.

Следует отметить, что 57% девочек-подростков трех групп имеются вопросы по репродуктивному и сексуальному развитию. При этом более 80% подростков г. Кара-Кол и г. Джалал-Абад не знают своего подросткового гинеколога, когда в г. Бишкек эта цифра составила45,3%.

Рекомендации:

1. Усилить профилактическую направленность в работе подросткового гинеколога с акцентом на вопросы репродуктивного здоровья.
2. Разработать и внедрить алгоритм действия при обследовании девочек-подростков с эндокринной патологией.
3. Провести обучающие семинары для родителей девочек-подростков по принципу «равный-равному» в Кыргызской Республике.
4. Провести массовое мероприятие с целью ознакомления девочек-подростков с функционированием кабинетов врачей - подростковых гинекологов для повышения его доступности.

Литература:

1. Аккузина О. П. Просвещение молодого поколения как основа сохранения репродуктивного здоровья [Текст] / О.П. Аккузина, Н.В. Борисова // Мать и дитя : материалы VII Рос. Форума. - М, 2005. - С. 601-602.

2. Бейшенбиева Г. Дж. Современные тенденции в репродуктивном поведении и контрацептивный выбор у девушек-подростков г. Бишкек [Текст] / Г.Д. Бейшенбиева // Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии: сб. науч. тр. - Бишкек, 2006. – С. 82-83.

3. Гуркин Ю. А. Современный взгляд на сохранение репродуктивного потенциала российских девочек [Текст] / Ю.А. Гуркин // СПб.: Современные проблемы детской и подростковой гинекологии в России: сб. науч. тр. V Всерос. науч.-практ. конф. - 2003.- С.3-6.

4. Лебедева М. Г. Медико-социальные и социально-географические особенности формирования репродуктивного здоровья девушек-подростков. [Текст]/ Лебедева М. Г.// Мать и дитя: Матер. IV Регионального науч. Форума. Екатеринбург, 2010 - С. 176-17765-66.

5. Мосолов К. В. Период становления репродуктивной функции у девочек и девочек-подростков и соматическое здоровье [Текст] / К.В. Мосолов, П.О. Ишпахтин, Л.А. Григорьева и др. // Мать и дитя : материалы VII Рос. форума. - М, 2005. - 630с.

6. Радзинский В. Е. Прогнозирование, диагностика и лечение нарушений репродуктивного здоровья девочек-подростков, подверженных воздействию ПАВ [Текст] / В.Е. Радзинский, И.Л. Баушева, Э.К. Лобжанидзе и др. – М.: Анахарсис, метод. рекомендации, 2006. – 35с.

7. Самигуллина А. Э. Ретроспективный анализ показателей социально-значимых заболеваний среди девочек-подростков Кыргызской Республики [Текст] / А.Э. Самигуллина // Известия ВУЗов журн. - Бишкек, 2011. - №6. - С. 62-65.

8. Семятов С. М. Особенности физического развития и полового поведения девочек-подростков города Москвы [Текст]/ С.М. Семятов, Н.Х. Сидоропуло, Л.А. Чугунова и др. // Новые технологии в диагностике и терапии гинекологических заболеваний и нарушений полового развития у девочек: Сб. тр. Межрегион. науч.-практ. конф. с междун. участием. – М, 2005. – С.56-57.

ГИСТО-ЦИТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЛОЖНОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ У ЖЕНЩИН КЫРГЫЗСТАНА

Исмаилова А.К., Керимова Н.Р.

КГМИПиПК

Ключевые слова: Лейкоплакия шейки матки, гистологические и цитологические признаки, койлоцитарная атипия, дисплазия, интрацервикальная неоплазия.

Цитологическим признаком сложной формы лейкоплакии шейки матки (ЛШМ) является нарушение созревания и дифференцировки эпителия шейки матки – признаки дисплазии (59,4%) и выраженная койлоцитарная атипия (65,6%), с поражением глубоких слоёв эпителия и явлениями полиморфизма клеток; гистологическими признаками сложной ЛШМ являются: выраженная базально-клеточная гиперактивность, койлоцитарная атипия; эндоцервикоз, интрацервикальная неоплазия различной степени тяжести (59.4%).

Key words: Cervical leukoplakia, histologic and cytologic signs, koilocytar atypia, dysplasia, intracervical neoplasia.

Cytologic signs of cervical leukoplakia (complicated type) is maturation and epithelial differentiation disorder - dysplasia signs (59,4 %), evident koilocytar atypia (65,6 %), damage to deeper layers of the epithelium and cell polymorphism phenomena; histologic signs of complicated cervical leukoplakia are: evident basal-cell hyperactivity, koilocytar atypia; endocervicosis, intracervical neoplasia of different severity levels (59,4 %).

Актуальность. Лейкоплакия шейки матки в настоящее время занимает особое место в структуре заболеваний шейки матки, так как всё ещё остаётся спорным вопрос о ее патогенезе, доброкачественности или злокачественности течения (Прилепская ВН., 2005; Vatanasapt V., 2002; Shepherd JP, Frampton GK, Harris P.. 2011). В последние годы высказано предположение о вирусной природе лейкоплакии шейки матки. Имеется большое число эпидемиологических и молекулярно-биологических данных, свидетельствующих о том, что ВПЧ, передающееся половым путем, является основой возникновения дисплазии и рака шейки матки (Хансон К.П., Имянитов Е.Н., 2002; Манухин И.Б. и др., 2003; Кондриков Н.И., 2004; Schoell WM и др., 1999; Broutet N. 2012; Ferlay J et al., 2012). В Кыргызстане лишь недавно завершено фундаментальное исследование, посвященное оценке роли ВПЧ в формировании патологии шейки матки у женщин Кыргызской республики, также проведена оценка возможности прогнозирования и эффективности диагностики ВПЧ путем изучения факторов риска её реализации, клинико-морфологических и иммунологических аспектов данной инфекции (Нагаева Д.А. 2009). Выявляемость папилломовирусной инфекции (ПВИ) в Кыргызской республике, включая бессимптомное носительство, по данным Д.А. Нагаевой и Н.Р. Керимовой (2008), составила 24,7%, клинические формы выявлены у 51,4%

женщин, субклинические - у 44%, носительство - у 4,3% пациенток. У женщин с ВПЧ наиболее часто 87,5% встречались высокоонкогенные типы ВПЧ (16 и 18 типы), (Нагаева Д.А., Керимова Н.Р., 2008; Нагаева Д.А., 2009). Лейкоплакия не является часто распространённой патологией шейки матки, но она ассоциируется с онкогенной трансформацией (WHO 2010). В Кыргызской республике до настоящего времени не разработано чётких диагностических стандартов, позволяющих осуществлять дифференцированный подход к диагностике различных форм лейкоплакии шейки матки, следовательно, используются ранее общепринятые лечебные стандарты – хирургические деструктивные методы лечения любой формы лейкоплакии, что в настоящее время не является эффективной практикой. **Целью** нашего исследования явилось: определение типичных гисто-цитологических признаков сложной лейкоплакии шейки матки у женщин, проживающих в Кыргызской Республике для разработки диагностических стандартов.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели за период 2007-2013г прошли обследование в МЦ «STRONG» 4020 пациенток от 16 до 55 лет (средний возраст которых составил 35±15,9лет). После углубленного обследования, согласно представленному протоколу лейкоплакия шейки матки была выявлена у 172(6,4%) женщин из 2690 пациенток с различной патологией шейки матки. Информированное согласие было получено у всех пациенток подвергавшихся клиническому обследованию. Все женщины были жительницами различных областей Кыргызской Республики. В работе использовались следующие методы исследования: гинекологическое обследование; применение теста с 3-5% уксусной кислотой, кольпоскопическое исследование (простая и расширенная кольпоскопия.); цитологическое и гистологические исследования.

Клиническая форма лейкоплакии была верифицирована на основании морфологических критериев. Согласно используемым критериям женщины были подразделены на две клинические группы: 108/100% пациенток с простой формой лейкоплакии, 64/100% – со сложной формой. Женщины с сложной формой лейкоплакии были объектом нашего исследования.

Результаты исследования. Клетки типичные для вируса папилломы человека (ВПЧ) при сложной форме лейкоплакии шейки матки обнаруживались в 65,6% случаев. У 42/65.6% койлоциты исходили из клеток промежуточного эпителия и имели укрупнённое ядро неправильной формы с нечётко определённой структурой хроматина и небольшой прозрачной зоной перинуклуарного гало. Это II тип койлоцитов. Во всех 42 случаях такие койлоциты сочетались с изменениями эпителия и были сопряжены с выраженной дисплазией шейки матки.

Таблица 1 - Цитологическая характеристика сложной формы ЛШМ

Признаки	Пациентки сО СЛОЖНОЙ формой ЛШМ, N=64/100%
Койлоциты II типа, исходящие из промежуточного эпителия	42/65,6
Дискератоциты	40/62,5
Дискариоциты	17/26,6
Гипер/паракератоз	39/60,9
Клетки, в тч псевдодискариоз	13/20,3
Нейтр.лейкоциты	9/6,14,1
Лимфоциты	20/31,3
Плазматические клетки	10/15,6
Базальные\парабаз.кл.	31/48,4
2-х ядерные клетки	12/18,8
Голые ядра	4/6,25

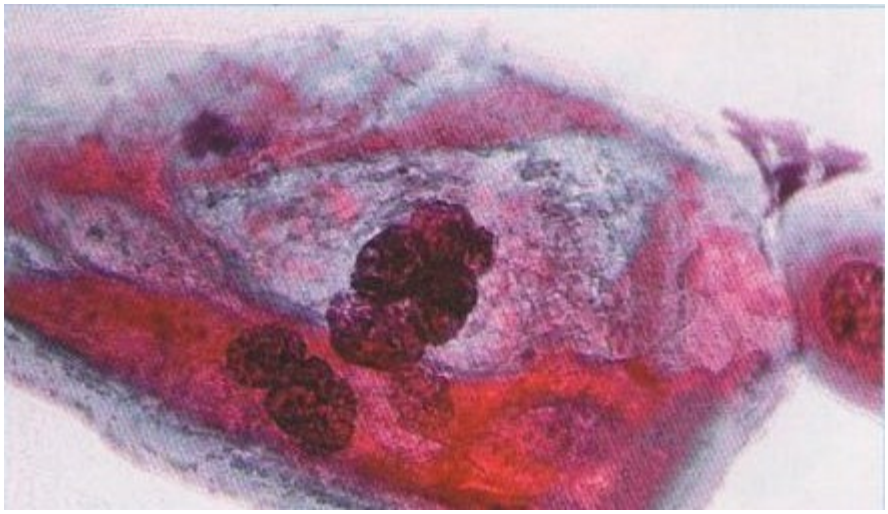


Рис.1. Фото Цитограмма. Сложная форма ЛШМ. Вокруг крупного ядра небольшая зона просветления. Окраска по Папаниколау. Ув. 400.

Таблица 2 - Гистологическая характеристика сложной формы ЛШМ

Гистологические характеристики	Биоптаты шейки матки пациенток с сложной ЛШМ, N=64/100%
Кератоз	64/100
Гиперкератоз	59/92,2
Дискератоз	45/70,3
Акантоз	48/76,6
Койлоцитоз	42/65,6
Паракератоз	34/53,7
ЦИН I	19/29,7
ЦИН II	18/28,1
ЦИН III	1/1,6
Эндоцервикоз в сочетании с АЭ (эктопия ЦЭ)	/62,1
Остроконечная кондилома	4/6,25

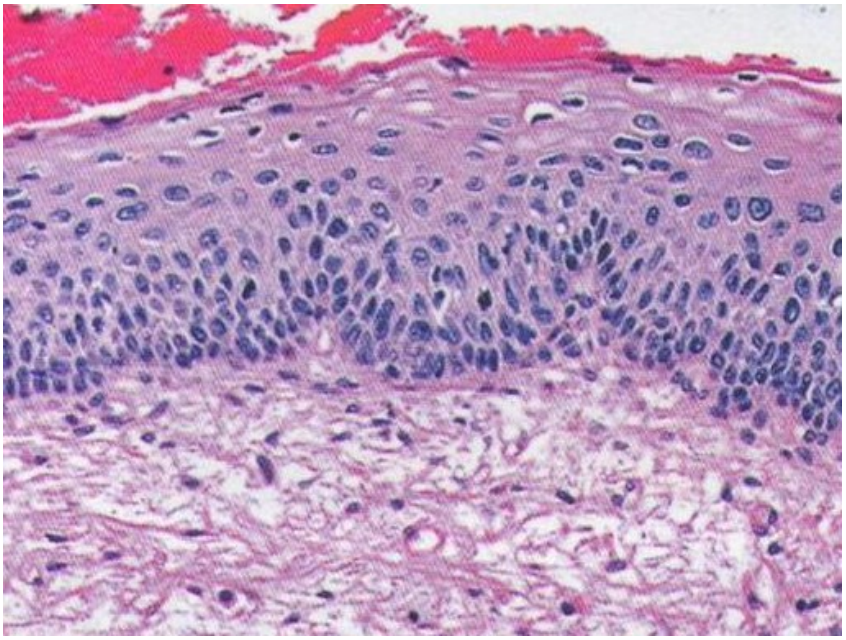


Рис.2. Фото. Гистология. Мелкоочаговая гиперплазия многослойного сквамозного эпителия с формированием сосочков на фоне инфицирования ВПЧ. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. 200.

Таким образом, у женщин со сложной формой ЛШМ выражена койлоцитарная атипия (65,6%). Тогда как при простой форме ЛШМ встречаются только койлоци-

ты, исходящие из поверхностного слоя на фоне незначительных изменений эпителия. Так же при сложной форме ЛШМ обнаруживается полиморфизм клеток – наличие двуядерных койлоцитов. У большей половины женщин вывялены диспластические процессы шейки матки.

Гистологические признаки сложной лейкоплакии шейки матки.

Кератоз - является достоверным признаком лейкоплакии. Кератоз – это наличие рогового слоя на поверхности шейки матки. У всех женщин с сложной ЛШМ были обнаружены явления кератоза.

Наряду с этим отмечалась резко выраженная базально-клеточная гиперактивность, акантоз с прорастанием тяжей соединительно-тканой стромы на всю толщу многослойного плоского эпителия, нарушение цитоархетиктоники и слоистости МПЭ.

При явлениях ЦИН II и ЦИН III морфологическая картина была представлена недифференцированными и малодифференцированными клетками, занимавшими от 1/2 до всего слоя МПЭ, в случае тяжелой дисплазии от 2/3 - лейкоплакия с пролиферацией клеток базального слоя с выраженной атипией. Ядра эпителиальных клеток были с выраженными признаками полиморфизма, гиперхроматоза. Признаки митотической активности встречались изредка, но во всех слоях эпителия. ЦИН II была выявлена у 18/28,1% пациенток со сложной ЛШМ, у 1 женщины морфологически была диагностирована ЦИН III, что составило 1,6%.

Паракератоз - неполное ороговение многослойного плоского эпителия встречалось у большей половины пациенток со сложной формой ЛШМ. (34/53,7%). Дискератоз встречался в 18/16,7% случаях. Базально-клеточная гиперактивность. характеризовалась наличием выраженного акантоза в биоптатах у 48/76,6% пациенток. У женщин с наличием койлоцитарной атипии были обнаружены полипозные образования с элементами воспаления и выраженной васкулиризацией. Эпителиальный покров с признаками выраженной дисплазии, дистрофии. Отёка и признаков ороговения.

Заключение. *Цитологическими признаками сложной ЛШМ* является у выраженная койлоцитарная атипия (65,6%), койлоциты исходящие из глубоких слоёв эпителия с признаками полиморфизм клеток. У большинства пациенток определяются признаки нарушения созревания и дифференцировки эпителия шейки матки – признаки дисплазии (59,4%).

Гистологическими признаками сложной лейкоплакии шейки матки являются: в*ыраженная базально-клеточная гиперактивность* (гиперкератоз паракератоз, дискератоза, выраженный акантоз); а*ссоциация с ВПЧ*, характерным признаком которой является койлоцитарная атипия; э*ндоцервикоз(*эктопия ЦЭ); и*нтрацервикальная неоплазия* различной степени тяжести (у 59.4%).%); ЦИН III (1,6%). Указанные диагностические критерии могут быть использованы для дифференциальной диагностики различных форм лейкоплакии шейки матки, следовательно, для определения лечебной тактики.

Список литературы

1. Керимова Н.Р. Нагаева Д.А. Современные тенденции и проблемы в борьбе с заболеваниями шейки матки в Кыргызской Республике // Журнал «Известие вузов», Бишкек, 2008, № 3-4, стр. 100-103.
2. Кондриков, Н. И. Экзо и эндоцервицит : морфологические аспекты / Н. И. Кондриков // Поликлиническая гинекология / под ред. В. Н. Прилепской. -М., 2005. — С.640.
3. Нагаева Д.А. Керимова Н.Р. Распространенность и факторы риска вируса папилломы человека в Кыргызской Республике // Акушерство-гинекология и перинатология, Алма-Ата, 2008, С.17-20
4. Нагаева Д.А. Роль папилломавирусной инфекции в патологии шейки матки женщин Кыргызстана: Автореф. дис.... канд.мед.наук. - Бишкек. -2009.- 25 с.
5. Манухин И.Б., Минкина Г.Н. Проблемы и перспективы цервикального скрининга // Акушерство и гинекология. 2006. - №3, Прил. - С.51-56.
6. Прилепская В. Н. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки / В. Н. Прилепская, А. Е. Голубенко // Поликлиническая гинекология / под ред. В.Н. Прилепской. М., 2005. - С.640.
7. Хансон К.П., Имянитов Е.Н. Современные представления о канцерогенезе шейки матки. — Практ. Онкол. 2002. - ТЗ., №3. — с.145-155.

8. Broutet N. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer (last revised: 1 April 2012). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
9. Ferlay J et al. GLOBOCAN 2008; cancer fact sheet. All cancers (excluding non-melanoma skin cancer) incidence and mortality worldwide in 2008. IARC CancerBase. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2010; http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp; accessed 6 March 2012.
10. Vatanasapt V. Collection devices for obtaining cervical cytology samples: RHL commentary (last revised: 15 November 2002). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
11. Shepherd JP, Frampton GK, Harris P. Interventions for encouraging sexual behaviours intended to prevent cervical cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011; Issue 4. Art. No.: CD001035; DOI: 10.1002/14651858.CD001035.pub2.
12. WHO HPV LabNet Training Workshop on HPV Genotyping and HPV Serology Laboratory Performance, Lausanne, Switzerland, 15-18 March 2010 pdf, 237kb

КОЛЬПОСКОПИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОСТОЙ ФОРМЫ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Исмаилова А.К.

КГМИПиПК

Наиболее типичными кольпоскопическими признаками простой лейкоплакии у женщин Кыргызской Республики являются: атипический эпителий, представленный лейкоплакией (90,7%),мозаикой (45,4%) и пунктацией (26,9%); сочетание эктопии с зоной трансформации и атипического эпителия (36,1%); отсутствие пролиферации эпителия под пятнами лейкоплакии 90,7%.
Ключевые слова: *Лейкоплакия шейки матки, кольпоскопия*
Most typical colposcopic signs of simple cervical leukoplakia in women of the Kyrgyz Republic are: atypical epithelium expressed by leukoplakia (90,7 %), mosaic (45,4 %) and punctuation (26,9 %); ectopy combined with transformation zone and atypical epithelium (36,1 %); no evidence of epithelial proliferation under maculae leukoplakia (90, 7 %).
Keywords: *Cervical leukoplakia, colposcopy.*

Актуальность. Некоторые авторы рассматривают лейкоплакии как один из вариантов дисплазии с явлениями кератоза (Хмельницкий О.К., 1994; Яковлева И. А., Кукутэ Б. Г., 1979; Яковлева И.А., Черный А.М., 1985). Однако большинство рассматривает лейкоплакии отдельно от дисплазий. Как предраковые состояния лейкоплакии оцениваются по-разному. Это связано, по-видимому, с тем, что речь идет о разных формах лейкоплакий, значение которых как предракового состояния различно (Хмельницкий О.К., 1994). О.К. Хмельницкий (1994) рекомендует выделять две формы лейкоплакии: простую и лейкоплакию с атипией, говоря о том, что простая форма не озлокачествляется, в то время как лейкоплакия с атипией озлокачествляется в 75 % случаев (Хмельницкий О.К.. 1994; Яковлева И. А., Кукутэ Б. Г., 1979; Яковлева И.А., Черный А.М., 1985).

До сих пор в Республике отсутствуют единые лечебно-диагностические стандарты по патологии шейки матки. Существует двоякая тенденция во врачебной тактике по отношению к женщинам с наличием фоновых и предраковых заболеваний шейки матки: либо используется длительная консервативная терапия с применением средств с недоказанной эффективностью, либо, наоборот, агрессивное хирургическое лечение, как правило, сопровождающееся нарушением архитектоники шейки матки и трудностями в реализации репродуктивной функции (Vatanasapt V.. 2002; Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E. Et al.. 2007). Поэтому чрезвычайно актуальным является разработка стандартов для диагностики различных форм лейкоплакии шейки матки, что является предпосылкой для разработки дифференцированного подхода к их лечению (Прилепская, В. Н.. 2005).

Цель исследования: разработка стандарта диагностики простой формы лейкоплакии шейки матки на основании изучения её клинико-морфологических особенностей у женщин Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования. Для реализации поставленной цели за период 2007-2013г прошли обследование в МЦ «STRONG» 4020 пациенток от 16 до 55 лет (средний возраст которых составил 35±15,9лет). После углубленного обследования, согласно представленному протоколу лейкоплакия шейки матки была выявлена у 172(6,4%) женщин из 2690 пациенток с различной патологией шейки матки. Информированное согласие было получено у всех пациенток подвергавшихся клиническому обследованию. Все женщины были жительницами различных областей Кыргызской Республики. В работе использовались следующие методы исследования: гинекологическое обследование; применение теста с 3-5% уксусной кислотой, кольпоскопическое исследование (простая и расширенная кольпоскопия.); цитологическое и гистологические исследования.

Клиническая форма лейкоплакии была верифицирована на основании морфологических критериев. Согласно используемым критериям женщины были подразделены на две клинические группы: 108/100% пациенток с простой формой лейкоплакии, 64/100% – со сложной формой. Женщины с простой формой лейкоплакии были объектом нашего исследования.

Кольпоскопическая характеристика у женщин с простой формой лейкоплакии шейки матки. Мы проанализировали особенности кольпоскопической картины у женщин с простой формой лейкоплакии шейки матки. Кольпоскопическая картина характеризовалась наличием атипического эпителия со структурой мозаики, пунктации, уксусно-белого эпителия, немых йод-негативных зон, атипических сосудов, лейкоплакии и их сочетания.

Структура кольпоскопической картины пациенток представлена нами в таблице. 1.

Таблица 1 - Кольпоскопические признаки простой лейкоплакии шейки матки

Анализируемые признаки	Простая ЛШМ, N=108/100%
Пунктация	29/26,9
Мозаика	49/45,4
Ацетобелый эпителий	12/11,1
Немые йод-негативные зоны	4/3,7
Лейкоплакия	98/90,7
Атипические сосуды	2/1,9
Эндометриоз шейки матки и АЭ	3/2,8
Сочетание эктопии с ЗТ и АЭ	39/36,1
Рубцовая деформация	7/6,5

Эктопия очень хорошо визуализировалась в виде участка ярко-розового или красного цвета со складчатой, сосочковой поверхностью, обусловленое однослойностью эпителия и просвечиванием кровеносных сосудов. Уксусная проба делала эпителий бледным, а проба Шиллера характеризовалась как определялась как йод-прозрачная. Зона трансформации, характеризовалась наличием метапластического эпителия, открытых и закрытых желез, островков цилиндрического эпителия, нечеткими контурами, В первой группе у 39 (36,1%) пациенток отмечалось наличие данной кольпоскопической картины, но в сочетании с атипическим эпителием (фото. 1).

Расширенная кольпоскопия позволила выявить пунктуацию у 29(26,9%) пациенток, у каждой четвертой женщины данной клинической группы. Проба Шиллера была положительной.

Атипический эпителий в виде мозаики встречался в данной группе в 49(45,4%) случаев, почти у каждой второй женщины с простой ЛШМ.

Лишь у 3,7% женщин при расширен-

ной кольпоскопии были выявлены йод-негативные зоны.

Кольпоскопическая картина лейкоплакии была представлена типичными белыми участками с чёткими границами на эпителии шейки матки в 90,7% случаев. Форма и размер пятен могут быть самыми разнообразными. Границы, в основном, чёткие, извилистые, могут быть стёртые. Эти участки были йод-негативными, при этом лишь у 23/21,3% женщин они были видны при влагалищном исследовании «невооружённым глазом». Следовательно, при рутинном осмотре женщин лейкоплакию невозможно диагностировать почти в каждом четвёртом случае. В остальных случаях их визуализация была возможна только при помощи расширенной кольпоскопии. (При удалении слоя кератинизации тампоном, виден эпителий без видимых изменений. Это очень важная характеристика простой формы лейкоплакии – *отсутствие пролиферации эпителия* под слоем кератинизации.) При простой лейкоплакии шейки матки тампоном не возможно удалить слой кератинизации. Гистологически может быть не только утолщение поверхностного слоя(с кератинизацией), но и акантоз промежуточного слоя (т.е. пролиферация поверхностного и промежуточного слоя, обусловленная либо гормональным нарушением (относительная или абсолютная гиперэстрогения), либо хроническим воспалительным процессом. А также ацето - белый эпителий может быть при эпителизации эктопии путем непрямой метаплазии.

Непрямая метаплазия начинается с пролиферации резервных клеток, далее дифференцировка в сторону плоского эпителия, далее организация клеток по слоям, далее созревание плоскоклеточного метапластического эпителия с обогащением в цитоплазме гликогеном. При всех вышеперечисленных ситуациях кольпоскопическая картина идентичная. ПЦР – анализ на ВПЧ отрицательный. Гист-кая картина: при гормональных нарушениях – лейкоплакия без атипии; при хронических воспалительных процессах – лейкоплакия без атипии, строма с лимфо – гистиоцитарной инфильтрацией; при плоскоклеточной метаплазии – железистая псевдоэрозия с эпидермизацией; либо различные сочетания при присоединении вторичной инфекции. Что и подтверждалось при прицельной биопсии гистологически.

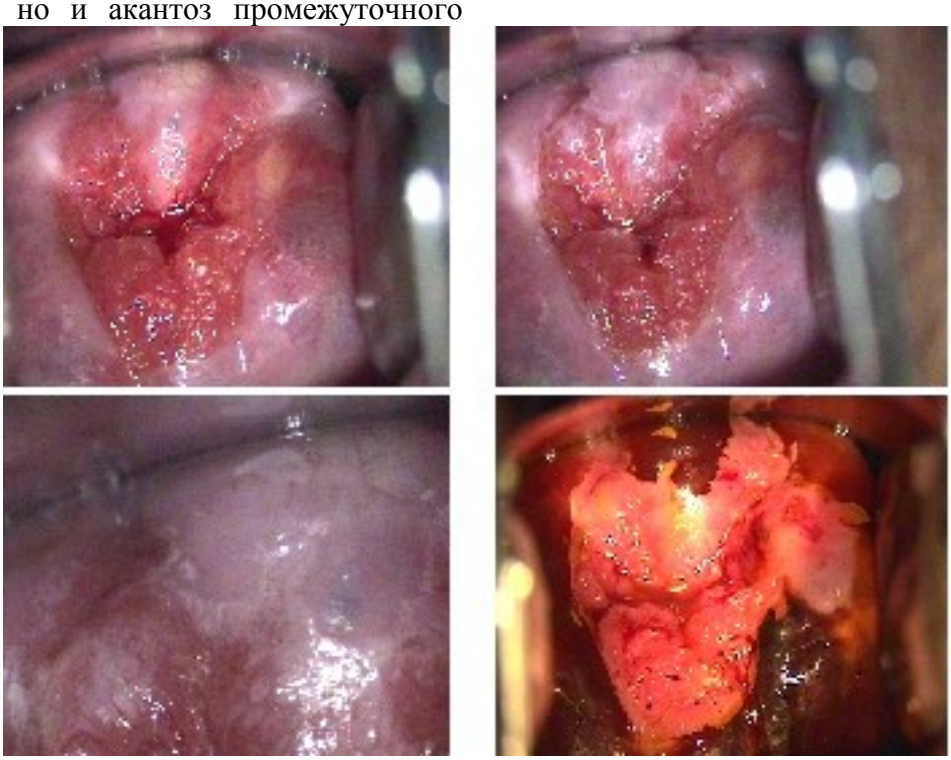


Рис. 1. Фото. Кольпоскопия. Простая ЛШМ. Сочетание эктопии с ЗТ и АЭ. (Увеличение 25). Пациентка В. 26 лет. ПЦР: ВПЧ16,18 – отр., цитология воспаление, гистология – простая лейкоплакия, эктопия с эпителизацией, цервицит.

Рис. 2.**Фото**. Кольпоскопия. Простая ЛШМ. Мозаика. (Увеличение 25 - 30). Пациентка М., 24 года. ПЦР: ВПЧ16,18 – отр., цитология – без особенностей, гистология – простая лейкоплакия.

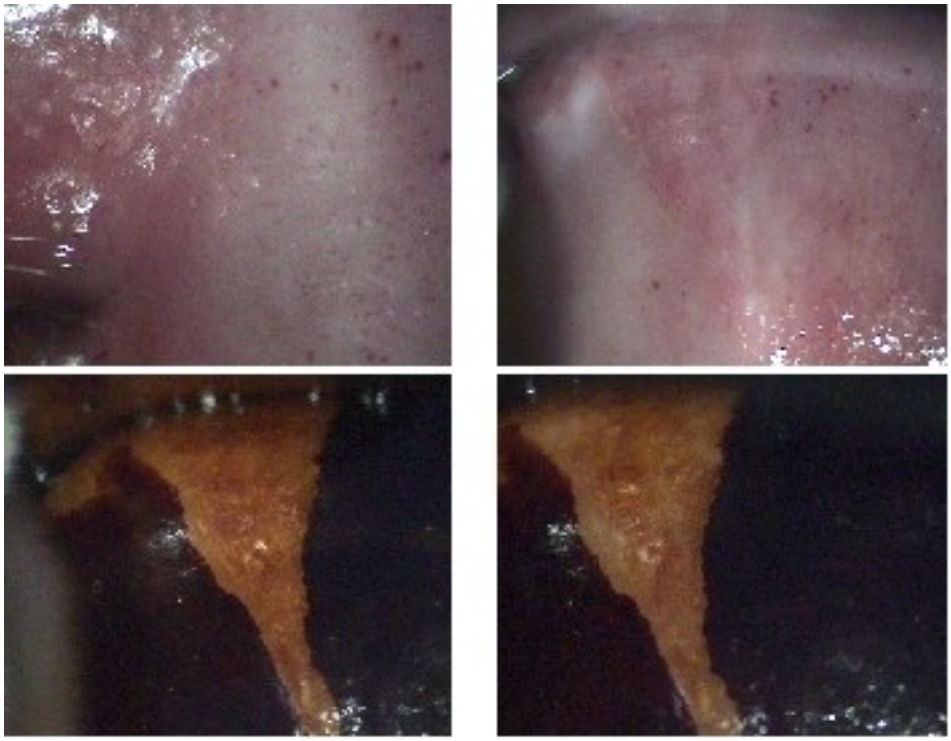


Рис. 3. Фото. Расширенная кольпоскопия. Пунктуация в виде «запятых». Увеличение – 30 – 35. Пациентка Н. 43 года. ПЦР: ВПЧ16,18 – отр., цитология – без особенностей, гистология – лейкоплакия без атипии, УЗС (TVS) – субсерозная миома матки.

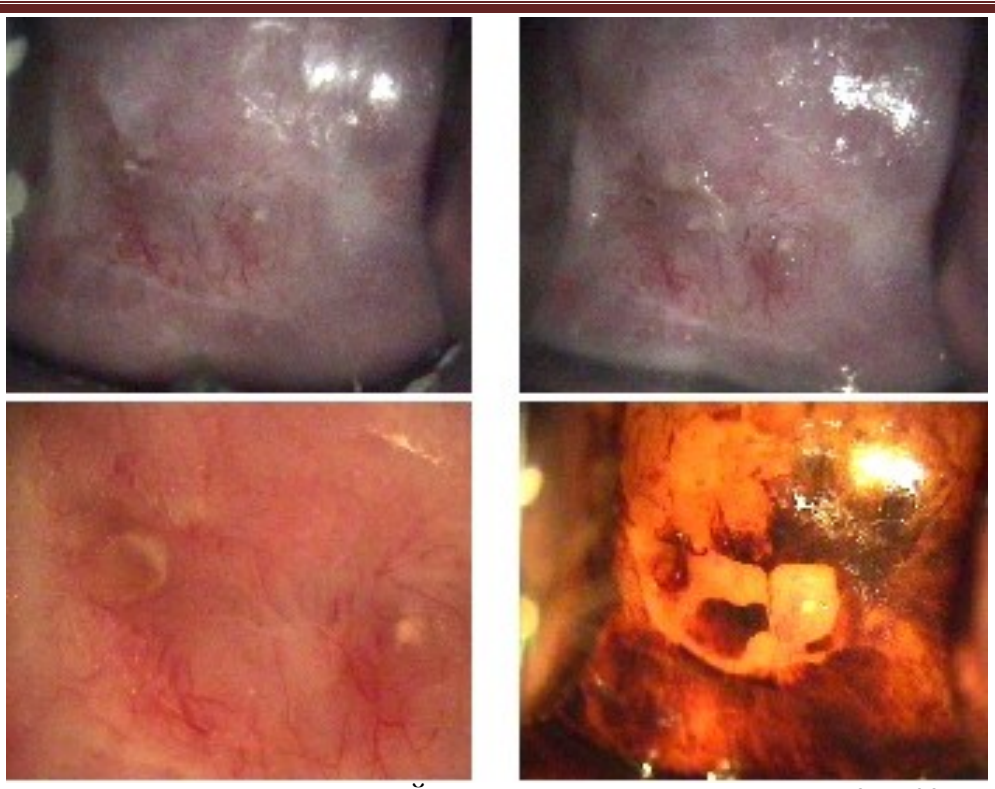


Рис. 4. Фото. Расширенная кольпоскопия. Йод-негативные зоны. Увеличение 25 – 32. Пациентка Ш. 28 лет. ПЦР: ВПЧ16,18 – отр., цитология - без особенностей, гистология – лейкоплакия без атипии, гормональное исследование: гиперпролактинемия.

Рис. .5. Фото Лейкоплакия. Увеличение - 25. Пациентка Е. 23 года. ПЦР: ВПЧ16,18 – отр., цитология – без особенностей, гистология - простая лейкоплакия.

Атипические сосуды из данной клинической группы были выявлены только у двух

пациенток 1,9%.

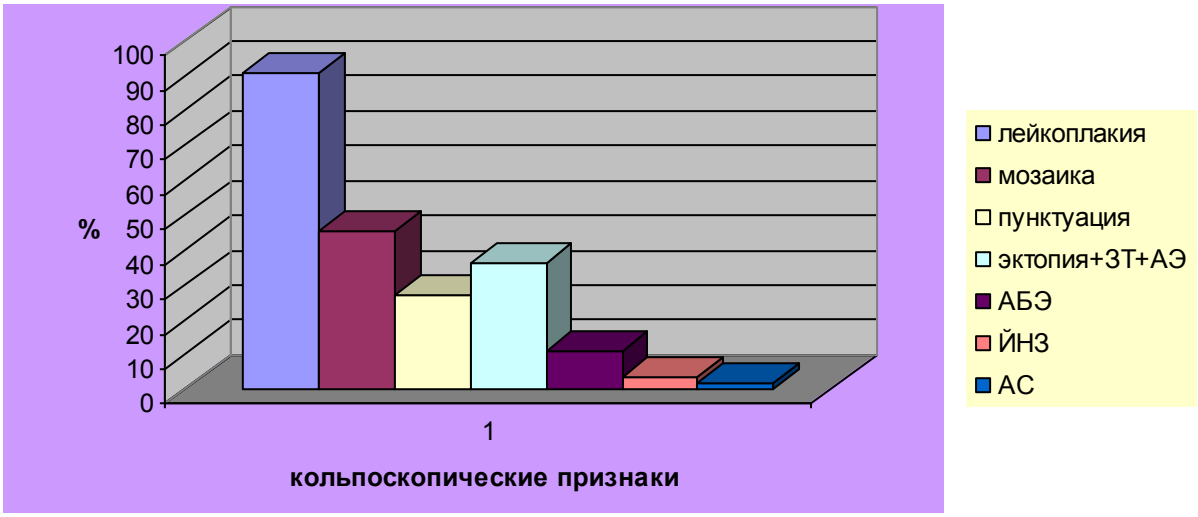


Рис. 7. Кольпоскопические признаки простой лейкоплакии шейки матки

Пациентка К. 23 года. ПЦР: ВПЧ16,18 – отр., цитология – без особенностей, гистология – простая лейкоплакия.

Заключение. Наиболее типичными и широко распространёнными кольпоскопическими признаками простой лейкоплакии являются: атипический эпителий, представленный лейкоплакией (90,7%),мозаикой (45,4%) и пунктацией (26,9%); сочетание эктопии с зоной трансформации и атипического эпителия (36,1%); отсутствие пролиферации эпителия под пятнами лейкоплакии 90,7%. Не типичными признаками, а, следовательно, реже встречающимися являются наличие: ацетобелого эпителия (11,1%); немых йод-негативных зон (3,7%); атипических сосудов (1,9%); признаков воспалительной реакции в виде ангиоматоза -18.5%.

Список литературы:

1. Прилепская, В. Н. Эпидемиология, этиология и факторы риска заболеваний шейки матки / В. Н. Прилепская, А. Е. Голубенко // Поликлиническая гинекология / под ред. В.Н.Прилепской. М., 2005. - С.640.

2. Хмельницкий О.К. Патоморфологическая диагностика гинекологических за-

болеваний (руководство). С-П6: СОТИС. - 1994. - 479 с.

3. Яковлева Н.А., Кукутэ Б.Г. Морфологическая диагностика предопухолевых процессов и опухолей матки по биопсиям и соскобам. -Кишинев Шиниица. - 1979. - 334 с.

4. Яковлева И.А., Черный А.М. Морфология и гистогенез дисплазий шейки матки // Архив патол, 1985. – Л. 11 — С. 32-38.

5. Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchener H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD001318. DOI: 10.1002/14651858.CD001318.

6. Vatanasapt V. Collection devices for obtaining cervical cytology samples: RHL commentary (last revised: 15 November 2002). *The WHO Reproductive Health Library*; Geneva: World Health Organization.

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НА УРОВНЕ РЕГИОНАЛЬНЫХ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ БОЛЬНИЦ

Майканаев Б.Б.
НХЦ, г. Бишкек

Резюме: В статье рассматриваются вопросы организации хирургической помощи на региональном уровне, связанные прежде всего с необходимостью повышения качества хирургической помощи на селе и во многом с безальтернативностью для населения в случае получения стационарного лечения, особенно по экстренным показаниям.
Ключевые слова: сельское здравоохранение, качество, медицинская помощь, стационар.
Resume: In this article questions of the organization the surgical help at the regional level, for improvement of quality of the surgical help connected first of all with need in the village and a lot of respects with lack of alternative for the population in case of receiving hospitalization, especially according to emergency indications are considered.
Key words: rural health care, quality, medical help, hospital.

Как известно, основными организациями здравоохранения республики, предоставляющими медицинскую помощь населению на стационарном уровне являются именно территориальные больницы (ТБ), расположенные в каждом из районов КР. ТБ появились в результате реформы, трансформировавшись из бывших центральных районных больниц (ЦРБ) [2, 3, 6]. Представляет определенный интерес проведение анализа и оценки деятельности региональных территориальных больниц в странах ближнего зарубежья.

В структуре госпитализированных в ЦРБ пациентов значительную долю составляют пациенты отделений хирургического профиля. Так, при общем показателе госпитализированной заболеваемости населения в ряде областей России равном 130,6%о, уровень госпитализации в хирургическое отделение составил 18,7%о, в травматологическое - 16,4%о, гинекологическое - 14,2%о [1]. Комплексный анализ организации хирургической помощи, выполненный С.Б. Турковым [2006 г.], показал, что в лечебно-профилактических учреждениях муниципальных образований с численностью населения до 50,0 тыс. человек функционируют койки общехирургического профиля, в муниципальных образованиях до 100,0 тыс. чел. представлены отдельные виды специализированной хирургической помощи - койками в количестве от 10 до 20 и не отвечают минимально рекомендуемым нормативам при организации деятельности лечебного отделения и только в стационарах населенных пунктов с численностью населения свыше 100,0 тыс. населения концентрируются специализированные виды хирургической помощи. Особое внимание автором обращается на снижение хирургической активности в центральных районных больницах.

Исследования, проведенные Погосян С.Г. (2002 г.) убедительно показали, что увеличение числа госпитализаций больных

хирургического и травматологического профиля, поступление в стационар больных с более тяжелыми формами заболеваний, сопровождающимися осложнениями и требующими неотложной помощи, ведут к увеличению объема медицинской помощи и нагрузки медицинского персонала. Важнейшим принципом реорганизации приемных отделений в современных условиях является их преобразование в отделения неотложной помощи, выполняющие следующие задачи:

- оказание неотложной помощи и интенсивной терапии пациентам с нарушением или угрозой нарушения витальных функций (реанимация, оперативное вмешательство);
- оказание медицинской помощи и госпитализация пациентов в профильное отделение больницы;
- оказание амбулаторной лечебно-диагностической помощи пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

Необходимость пересмотра функций и структуры приемных отделений, улучшения их оснащенности продиктована и тем, что среди пациентов, доставляемых (или самостоятельно обращающихся) в приемные отделения значительную часть составляют пациенты с неясной симптоматикой, а также пациенты, направляемые в стационар из-за желания врачей амбулаторного этапа «перестраховаться».

Рост госпитализации больных в отделения хирургического профиля требует оптимизации, как структуры приемного отделения больницы, так и состава дежурных бригад. В условиях «утяжеления» контингента больных, поступающих в приемные отделения за последние годы, увеличения доли пострадавших с комбинированными множественными травмами наряду с экстренными реанимационными мероприятиями в приемном покое должны быть созданы условия для подготовки пациента к экстренному хирургическому вмешательству.

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о высокой распространенности хирургической патологии органов брюшной полости. При некоторых заболеваниях нередко возникают тяжелые осложнения, требующие экстренной хирургической помощи.

Среди заболеваний брюшной полости, требующих экстренной хирургической помощи необходимо отметить острый аппендицит, острый холецистит, острую кишечную непроходимость, острый панкреатит, язвенную болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, желчно-каменную болезнь, а также вентрикулярные грыжи различной локализации. Нередко течение данных заболеваний усугубляется развитием различного рода осложнения. Так в отношении наружных вентральных грыж живота следует сказать, что на современном этапе они остаются одним из наиболее распространенных хирургических заболеваний. Грыжесечения составляют до 24,0% всех оперативных вмешательств, при этом частота рецидивов после оперативного лечения наружных грыж живота колеблется от 15 до 30,0%, в зависимости от вида грыж [11]. Как известно, своевременность выполнения оперативного вмешательства при этом оказывает существенное влияние не только на исход лечения, но и на затраты, связанные с оказанием медицинской помощи и экономические потери, обусловленные нетрудоспособностью пациента.

Лечение больных хирургического профиля является весьма затратным процессом. Однако возмещение фактических расходов на лечение пациентов в отделениях хирургического профиля за счет средств бюджета (высокотехнологические методы диагностики и лечения) и средств ОМС является далеко неполным. Так, по данным разных авторов расходы стационара экстренной медицинской помощи по лечению больных хирургических и травматологических отделений покрываются лишь на 67,7% и 72,4%, соответственно.

К сожалению, проблема острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, при которых не снижается доля больных, доставленных в стационар позднее 24 часов от начала заболевания и уровень больничной летальности, остается нерешенной до настоящего времени. Все вышеуказанное говорит в пользу проведе-

ния мероприятий по оптимизации деятельности хирургической службы на разных уровнях оказания медицинской помощи населению.

В системе хирургической помощи в мировой практике важное место занимают высокотехнологичные методы лечения. Однако развитие высокотехнологичных методов лечения в силу причин экономического характера требует определенной концентрации ресурсов в крупных стационарах. Так, одним из высокотехнологичных методов лечения больных являются лапароскопия и эндовидеохирургия. Как известно, хирургические методы вмешательства с использованием эндоскопической техники менее травматичны и эффективны за счет уменьшения послеоперационных осложнений, сокращения времени пребывания пациента на дорогостоящей стационарной койке и снижения сроков временной нетрудоспособности. Кроме того, широкие возможности инструментальной ревизии органов, щадящая техника определяет успех эндоскопии. Эндовидеохирургические методы лечения постепенно внедряются и в крупных районных больницах. По мнению В.М. Тришина (2000 г.), приоритетным направлением для ОЗ области является применение эндовидеохирургических методов в ургентной хирургии и при плановых вмешательствах по поводу желчнокаменной болезни, вентральных и паховых грыжах, гинекологической патологии.

В плане оптимизации медицинской помощи заслуживает внимания опыт работы отделения сосудистой хирургии клинической больницы Ленинградской области. Моделью организации службы неотложной сосудистой хирургии послужила организация хирургической бригады отделения экстренной и плановой консультативной помощи. Деятельность службы, оказывающей ургентную помощь хирургическим больным осуществляется двумя способами: путем эвакуации больного в областную больницу или выезда специалистов в ОЗ районов области [10].

Существенное место в повышении доступности медицинской помощи на селе принадлежит выездным бригадам, которые наиболее активно начали внедряться в конце XX века при перестройке районного звена здравоохранения по принципу централизации медицинской помощи и укрупнения ЦРБ. Благодаря этому силами выездных бригад не только компенсировался объем амбулаторной помощи, оказываемый ранее больницами, но и расширялась специализация амбулаторной помощи населению сельского района. Особое значение оказание выездной медицинской помощи имеет для регионов с низкой плотностью и неравномерным расселением населения по территории. Для населения регионов, где расстояние до фельдшерского пункта может измеряться десятками километров, работа выездных бригад часто является единственным способом оказания не только специализированной, но и общеврачебной медицинской помощи.

Для поэтапного решения вопросов обеспечения доступности и удовлетворенности в медицинской помощи населения сельских районов на такие выездные бригады возлагаются следующие задачи:

1. Оказание квалифицированной медицинской консультативно-диагностической помощи населению в труднодоступных населению пунктах, не имеющих устойчивых круглогодичных транспортных коммуникаций.

2. Проведение лабораторных диагностических (инструментальных, аппаратных) исследований на местах.

3. Осуществление отбора пациентов на стационарное лечение.

4. Оказание практической помощи территориальным учреждениям здравоохранения в проведении мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения.

В настоящее время важное значение приобретает интенсификация деятельности по предоставлению медицинской помощи сельскому населению и всей системы управления сельским здравоохранением, оптимизация деятельности сельских ОЗ. Однако перечисленные проблемы не получили до сих пор адекватных решений.

Академик М.М. Мамакеев (2002 г.)

подчеркивает, что реструктуризация сети учреждений регионального здравоохранения является реальной необходимостью, и основными задачами таких преобразований являются:

- обеспечение сельских жителей высокотехнологичной медицинской помощью;
- повышение эффективности использования финансовых, кадровых и материальных ресурсов;
- реализация принципа социальной справедливости в оказании медицинской помощи вне зависимости от места жительства.

В Национальной программе реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996-2006 г.г.), в отношении совершенствования стратегического развития сельского здравоохранения, прямо говорится о приоритетности следующих задач:

- разработка и утверждение в законодательном порядке нормативов финансирования программ государственных гарантий по медицинскому обеспечению в том числе и сельских жителей;
- переход на дифференцированную шкалу подушевого финансирования гарантированных сельским жителям объемов медицинской помощи, с учетом территориальных, демографических, медицинских и других особенностей сельских районов;
- участие сельских ОЗ в реализации государственного и муниципального заказов.

Основными механизмами совершенствования медицинской помощи являются: региональный подход к формированию сети ОЗ с обоснованием этапов организации медицинского обслуживания с учетом особенностей медико-демографической ситуации и заболеваемости населения, развития сельскохозяйственного производства, системы расселения и плотности населения; системный подход, обеспечивающий комплексность развития здравоохранения на территории в целом и в каждой ОЗ.

Преобразования, осуществляемые в организации хирургической помощи сельскому населению, должны быть направлены на повышение ее качества. В связи с этим заслуживают внимания результаты исследований, выполненных Кунпаном И.А. и соавт. (2004 г.). Авторами разработана индустриальная модель управления качеством хирургической медицинской помощи, при которой главной формой контроля стал самоконтроль, а основными методами управления качеством - непрерывное совершенствование, идентификация, проектирование и измерение процессов.

В свою очередь, проектирование процессов должно осуществляться методом клинических путей и структурных проектов, включающих оптимизированные лечебные действия и набор диагностических процедур для каждых суток пребывания больного с учетом нозологии, возможностей ОЗ, а также их клинической и экономической эффективности.

Повышение качества хирургической помощи на селе приобретает особую актуальность, так как в большинстве районов имеется только одна ЦРБ, оказывающая определенный вид медицинской помощи, и у пациентов отсутствует альтернатива при необходимости получения стационарного лечения, особенно по экстренным показаниям.

В заключение следует отметить, что в последние годы наметилась отчетливая тенденция к увеличению исследований, посвященных изучению и совершенствованию организации медицинской помощи сельским жителям. При этом вопросы организации хирургической помощи, имеющей ряд специфических отличий от других медицинских служб, не нашли комплексного отражения в литературе. Поэтому проблемам организации хирургической помощи на районном уровне, путям их решения и посвящены последующие главы данного исследования.

Список литературы:

1. Анализ заболеваемости и послеоперационной летальности от острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в Ульяновской области / [М.Н. Васильев, В.С. Морозов, В.К. Земсков и др.] // Материалы 43 научно-практической межрегиональной конференции врачей. - Ульяновск, 2008. – С. 675-678.
2. Касиев, Н.К. Состояние здравоохранения Кыргызстана и основные направления реформы в рамках проекта «Манас» [Текст] / Н.К. Касиев,

Т.С. Мейманалиев // Здравоохранение Кыргызстана. - 1995. - №1-2. - С. 5-9.
3. Касиев, Н.К. Здравоохранение Кыргызстана [Текст] / Н.К. Касиев, Т.С. Мейманалиев. - Бишкек, 1998. – 176 с.
4. Кунпан, И.А. Обеспечение безопасности пациентов в хирургическом отделении многопрофильной больницы [Текст] / И.А. Кунпан, С.Л. Вардосанидзе, Ю.Э. Восканян. - Ставрополь, 2004. - 152 с.
5. Мамакеев, М.М. Организация и состояние хирургической службы Кыргызской Республики [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Н.Ч. Элеманов // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии: Сб. науч. трудов. - Бишкек, 2002. – С. 17 – 34.
6. Национальная программа реформы системы здравоохранения Кыргызской Республики «Манас» (1996-2006 г.г.) / [Н.К. Касиев, Т.С. Мейманалиев и др.]. - Бишкек, 1996. – 250 с.
7. Погосян, С.Г. Научное обоснование интенсификации использования коечного фонда хирургического профиля в условиях реформирования здравоохранения [Текст]: автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.00.33 / С.Г. Погосян. - СПб., 2002. – 23 с.
8. Тришин, В.М. Роль областной больницы в организации стационарной медицинской помощи населению области в современных условиях [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / В.М. Тришин. - СПб., 2000. - 24 с.
9. Турков, С.Б. Организация специализированной хирургической помощи населению региона при реструктуризации и планировании развития хирургических отделений областной клинической больницы (на примере Свердловской области) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / С.Б. Турков. - Екатеринбург, 2006. - 26 с.
10. Фридман, К.Б. Научно-методические основы внедрения социально-гигиенического мониторинга на региональном уровне: на примере Санкт-Петербурга [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / К.Б. Фридман. - СПб., 2000. – 45 с.
11. Чарышкин, А.Л. Результаты герниопластики послеоперационных срединных вентральных грыж [Текст] / А.Л. Чарышкин, М.Н. Васильев // Медицинская наука и образование Урала – Тюмень. - 2011. - №2. - С. 55-59.

ПРОФИЛАКТИКА ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Кулукеев У.К.

Республиканский научный центр урологии при НГ МЗ Кыргызской Республики г.Бишкек.

В данной работе даны некоторые новые методы для профилактики ятрогенных осложнений мочевыводящих путей.

Ключевые слова:*профилактика,мочевыводящие пути,тазовые органы,светящие стенты.*

Preventive treatment iatrogenic damages urinary tracts to surgical practice(review).

Kulukeev U.K.

Republican centre of science of urology,Bishkek,the Kyrghyz Republic

In the given work some new methods for preventive treatment iatrogenic complications urinary tracts are given.

Key words: *preventive treatment,urinary tracts,pelvic organs,light stents.*

Внедрение в клиническую практику рентгенорадиологической, ультразвуковой и уродинамической диагностики дало возможность получения более точной информации о функциональном состоянии топографо-анатомических взаимоотношениях и степени вовлеченности в патологический процесс органов мочевыделительной системы у конкретного больного как в дооперационном, так и в послеоперационном периоде.

По мнению одних авторов использование современных методов исследования позволяет не только прогнозировать риск ятрогенного повреждения мочевых органов, но и при составлении плана операции предусмотреть возможность комбинированного хирургического вмешательства. Вместе с тем, другие клиницисты указывают на то, что дооперационная оценка состояния органов мочевыделительной системы не снижает риска интраоперационных урологических осложнений [1,2]. Актуальным продолжает оставаться и вопрос разработки

эффективных методов предупреждения ятрогенных повреждений. Ряд профилактических мероприятий, направленных на предупреждение случайных повреждений мочевых органов, часто оказывается неэффективным. Так, хорошее знание хирургом топографической анатомии таза нивелируется выраженной деформацией и смещением анатомических структур вследствие опухолевого процесса.

Кроме того, необходимое при онкологических заболеваниях широкое рассечение парауретеральной и паравезикальной клетчатки может привести к денервации и деваскуляризации мочеточников и мочевого пузыря с развитием их последующей дисфункции и некротических изменений стенки этих органов. К профилактическим мерам относятся также катетеризация мочеточников обычными [3,4, 5, 6, 7, 8] или светящимися катетерами,визуальная идентификация флюорохромной люминесценцией мочеточников [9] и т.д. Однако, по мнению ряда авторов [10, 11, 12, 13, 14] катетеризация мочеточников не всегда уменьшает риск ятрогенного повреждения мочевых органов, способствуя лишь их своевременной интраоперационной диагностике.Основной мерой предупреждения возможных ятрогенных повреждений мочеточников при выполнении оперативных вмешательств по поводу различных заболеваний органов брюшной полости и таза является исследование состояния верхних мочевыводящих путей в дооперационном периоде [13, 15]. Экскреторная урография и ретроградная уретеропиелография могут выявить наличие возможных аномалий почек и мочевыводящих путей (добавочный мочеточник, мегауретер и др.) [16, 17,18]. Тем не менее, ни экскреторная урография, ни компьютерная томография не могут предотвратить травму мочеточников. Большое значение для профилактики повреждений мочеточников и мочевого пузыря имеет знание анатомии органов малого таза и особенностей их кровоснабжения, а также щадящая оперативная техника [19, 20, 21, 13] и применение во время операции рассасывающихся шовных материалов [21, 22]. Эффективность катетеризации мочеточников для профилактики повреждений последних одни авторы признают очевидной и бесспорной [23, 24], а другие считают, что в действительно тяжелых случаях они не приносят реальной пользы[25]. Третья точка зрения на этот профилактический метод заключается в том, что не снижая риска повреждения мочеточников, катетеризация помогает своевременно распознать их ранение во время операции [26, 27,28]. Спорным является и то, что наилучшим способом профилактики повреждений мочеточника является постоянный зрительный контроль его положения. Как указывают В.И. Краснопольский и С.Н. Буянова [29], для оперирующего хирурга должно быть неукоснительным правилом, что у больных во время гинекологических операций начинают с выделения мочеточника на стороне поражения и лишь затем выполняют остальные этапы, включая собственно экстирпацию матки. Авторы категорически против профилактической катетеризации мочеточников и считают необходимым выделение мочеточника на всем протяжении до места впадения в мочевой пузырь, причем этот этап должен всегда предшествовать непосредственно экстирпации матки. Они также рекомендуют проводить ревизию мочеточников перед проведением перитонизации операционного поля после экстирпации матки. Такие соображения привели к практике скелетизации тазового отдела мочеточника, резко увеличив риск вторичного некроза его стенки в послеоперационном периоде и формирования мочеточниковых свищей [19, 30, 31, 32, 33]. Достаточно перспективным методом профилактики интраоперационных повреждений представляется люминесцентная визуализация мочеточников во время операции, которая выполняется с помощью внутривенного введения флуоресцина натрия. В результате этого возникает люминесцентное свечение мочеточников, что позволяет проводить зрительный контроль за их положением без скелетизации [9]. Эффективным способом предупреждения ятрогенных повреждений мочеточников является катетеризация их специальными светящимися катетерами, позволяющими контролировать положение мочеточников во время опера-

ции [34, 35, 36]. С другой стороны, катетеризация мочеточников, как эндоскопическая манипуляция, сама имеет осложнения и увеличивает риск восходящей инфекции [37, 38, 39]. В связи с тем, что у гинекологических больных мочевая система практически всегда вовлечена в патологический процесс, наиболее эффективной мерой профилактики повреждений мочеточников является повышение урологической подготовки врачей акушеров-гинекологов. Наконец, профилактика ятрогенных травм мочеточников - это квалифицированное выполнение хирургических, акушерско-гинекологических и урологических пособий. Для профилактики повреждений мочеточников также необходимо идентифицировать мочеточники до выполнения основных этапов операции. Данный факт особенно важен в онкологической гинекологии и хирургии.После рассечения заднего листка брюшины, не скелетируя мочеточники,берут их на держалку выше перекреста с подвздошными сосудами.

Операционное поле должно хорошо просматриваться во время перевязки маточных, яичниковых, нижней брыжеечной и верхней прямокишечной артерий.

Таким образом, профилактика повреждений мочеточников заключается, прежде всего, в правильной организации диагностического и лечебного процесса. Дооперационное уточнение расположения мочеточников не всегда позволяет избежать их повреждения во время операции. Поэтому для исключения травм мочевыводяших путей необходимо проводить интраоперационную ревизию мочеточников, а при необходимости выделять их на протяжении для надежного визуального контроля. Не лишней, на наш взгляд, мерой является и регулярное повышение урологической подготовки врачей других специальностей, занимающихся внутритазовой хирургией.

Список литературы:

1.Mesrobian H-GJ., Kelalis P.P. Ureterocalicostomy: Indications and results in 21 patients//J. Urol.- 1989.-Vol. 142.-P. 1285.

2.Preston J.M. Iatrogenic ureteric injury: common medicolegal pitfalls // BJU Int.-2000.-Vol. 86.-P. 313.

3.Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. // М.:Медицина, 1986. - 147 с.

4.Кныш В.И. Лечение и профилактика повреждений мочевых путей при радикальных операциях по поводу рака прямой кишки // Вопросы онкологии. - 1982. - Т. 28, № 9. - С . 84- 90.

5.Bonchot O., leNormand L., Contean E et al. Le test de Whitaker sa fiabilite et sa prase davs I'exploration des uropathies malformatives congenitales // Ann.Urol. - 1989. - Vol. 32. - № 1. - P. 58 - 64.

6.Kramolowsky E.V. Ureteral perforation during ureterorenoscopy treatment and management//J. Urol. -1987. -Vol. 138. -№ l.-P. 36-38.

7.Spirnak J.P., Hampel N.. Resnick M.I. Ureteral injuries complicating vascular surgery: is repair indicated?//J. Urol.-1989.-Vol. 141.-№ 1. - P. 13 - 15.

8.Poulakis V., Witzsch U., de Vries R., Becht E. Antegrade percutaneous endoluminal treatment of non-malignant ureterointestinal anastomotic strictures following urinary diversion // Eur. Urol. - 2001 - Vol. 39. - № 3. -P. 308-315.

9.Азикури Т.О. Интраоперационная люминесцентная визуализация мочеточников для профилактики их повреждений: Автореф. дисс. ...канд.мед.наук. - Тбилиси, 1990. - 24 с.

10.Bauer S.B. Anomalies of the kidney and ureteropelvic junction // Campbell's urology, 7 th ed. -1998. - Vol. 2. - P. 1708 - 1758.

11.Barbalias G., Siamplis D., Liatssivos E. Metal stent application in the management of malignant ureteral obstruction // J. Urol. - 1997. - Vol. 80. -Suppl.2.-P. 301.

12.Borkowski A., Czaplicki M, Dobronski P. Treatment of postradiation vesicovaginal fistulae using isolated ileal segment (Studer type) // Eur. Urol. -2000. - Vol. 37. - Suppl. 2. - P. 2.

13.Hesse A., Tiselius H.G., Johnen A. Urinary stones. Diagnosis, treatment and prevention os recurrences. - Bonn, 1997. - 208 p.

14.Kontani A., Lechevallier E., Bretheau D., Coulage Ch. Surgical treatment of iatrogenic stenosis of the ureter: a series of 17 cases //J. Urol. (Paris)/- 1996.-Vol. L02.-J&4.-P. 145-150.

15.Verduyckt F., Heesakkers J., Debruyne F. Long term results of ileal substitution as a treatment for ileal obstruction // Eur. Urol. (Suppl.)- - 2002. -Vol. l.-P. 102.

16.Буйлов В.М., Буров Б.Н. Повреждение удвоенного левого мочеточника при операции на поясничном отделе позвоночника // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 1991. - Т. 146, № 2. - С. 85 - 86.

17.O.Sullivan D.S., Lemberger R.J.. Bishop M.C., et al. Ureteric stricture formation following instrumentario in patients with a nephrostomy drain in place//Br. J. Urol. - 1994. - Vol. 74. - № 2. - P. 165- 169.

18.Whitaker R.H. Methods of assessing obstruction in dilated ureters // Br. J.Urol. - 1973.-Vol. 45.-№ 1.-P. 15-22.

19.Кан Д.В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии. // М.:Медицина, 1986. - 147 с.

20.Неймарк А.И., Коротких И.Г., Цвет П.И. Ятрогенные повреждения мочеточников при акушерско-гинекологических операциях и их профилактика. // X Всероссийский съезд урологов. Материалы. - М.,2002.-С. 590-591.

21.Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. - Харьков: Факт, 2000. -365 с.
22.Chen W.C., Lee Y.H., Huang J.K. Loes ureteral manipulation improve the effect of extracorporeal electromagnetic shock wave treatment on impacted ureteral calculi? An experimental study // Eur. Urol. - 1997. -Vol. 31.-№ 4.-P.493 - 496.
23.Кан Д.В., Пронин В.И. Урологические осложнения при лечении онкологических заболеваний органов таза. // М.: Медицина, 1988. - 256 с.
24.Puccetti L., Urso C, Lapini A. et al. Spontaneous rupture of a pelvic epidermoid cyst injuring the left ureter and left iliac veins with early recurrence // J. Urol. - 2001. - Vol. 166. -№ 6. - P. 2297 - 2298.
25.Turner Warwick R., Worth P.H. The psoas bladder hitch procedure for replacement of the lower third of ureter // Br. J. Urol.- 1969.-Vol. 41.-№4.-P. 701 -709.
26.Bowsher W.G-, Snah P.J.R, Castello AJ. et al. Acritical appraisal of the Boari flap // Br. J. Urol. - 1982. - Vol. 54. - № 4. - P. 682 - 685.
27.Shoker A.A., Hijman R.J., El-Azab M., Provoost A.R. Partial ureteric obstruction a study of Doppler ultraconography and diuretic renography in different grades and durations of obstruction // Br. J. Urol. - 1996. - Vol. 78. -№6.-P.829-835.
28.Tsai C.K., Taylor F.C., Beaghler M.A. Endoscopic ureteroureterostomy: longterm followup using a new technique // J. Urol. - 2000. - Vol. 164. -№ 2.— P.332-335.
29.Краснопольский В.И., Буянова С.Н. Генитальные свищи. // М.: МЕДпресс, 2001.- 189 с.
30.Culp O.S.. De Weerd J.H. A pelvic flap operation for certain types of ureteropelvic obstruction: Preliminary report // Mayo Clinic Proc. - 1951. -Vol. 26.-P. 483.
31.Culp O.S., Winterringen J.R. Surgical treatment of horseshoe kidney: Comparison of results after various types of operations // J. Urol. - 1955. -Vol. 73.-P. 747.
32.De Toledo A.F., Carvalhal G.F. Gastroureteroplasty in a woman with bilateral ureteric strictures after pelvic radiotherapy // BJU Int. - 2000. - Vol. 86. - №4.-P. 565
33.So E.P., Brock W.A., Kaolan G.W. Ureteral reimplantation without catheters //J. Urol. - 1981. - Vol. 125. -№ 4. - P. 551 - 553.
34.Diamond D.A.. Rabinowitz R., Hoenig D., Caldamone A.A. Mechanism of new-oncet contralateral reflux following unilateral ureteroneocystostomy // J.Urol. - 1996. - Vol. 156. -№ 2. - P. 665 - 667.
35.Enokudo K., Wright J.D., Carlton C.E. Elektromyographic studies of the dogs netr ureter, cut longitudinaly and served ongitudinaly or transverse. Directly after the operation //Tohoku Igaku Zas-si. - 1960. - Vol. 62. - № 3. - P. 452.
36.Khastgir J., Arya M, Patel H.R., Shah P.J. Ureteral injury during radical orthopedic cancer surgery // J. Urol. - 2001. - Vol. 165. - № 3. - P. 900.
37.Frank J.J., Smith J.A. Surgery of the ureter // Campbell's urology, 7 th ed. -1998.-Vol.3.-P.3062-3084.
38.Petterson S., Brynger H., Heriksson C et al. Autologous renal transplantation and pyelocystostomy after unsuccessful pyeloplasty // J. Urol. - 1983. - Vol.130,-№2.-P.234-239.
39.Preston J.M. Iatrogenic ureteric injury: common medicolegal pitfalls // BJU Int.-2000.-Vol. 86.-P. 313.

ПОСЛЕДСТВИЯ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ (классификация, патогенез, саногенез и диагностические алгоритмы)

Молдоташев У.И.

Национальный госпиталь при МЗ КР

Черепно-мозговая травма характеризуется высокой частотой различных последствий, которые могут проявляться уже в остром периоде, но главным образом в промежуточном и отдаленном периодах травматической болезни головного мозга. Последствия черепно-мозговой травмы являются распространенной патологией с четкой тенденцией непрерывного накопления больных. Количество инвалидов вследствие черепно-мозговой травмы в России достигает 2 млн. человек. Ежегодно в России около 25 тыс. пострадавших нуждаются в нейрохирургической помощи в связи с последствиями черепно-мозговой травмы. К этим цифрам следует добавить частые последствия огнестрельных ранений и минно-взрывных повреждений черепа и головного мозга, обусловленные локальными вооруженными конфликтами и террористическими актами.

Несмотря на актуальность и масштабность проблемы тяжелых последствий черепно-мозговой травмы и ее большую социально-экономическую значимость, она не являлась предметом спе-

циального комплексного систематического изучения с использованием новых медицинских технологий. Научные исследования по посттравматической патологии черепа и головного мозга до настоящего времени носят преимущественно фрагментарный, несистемный характер.

Между тем в последние десятилетия появились принципиально новые возможности неинвазивной визуализации различных последствий черепно-мозговой травмы на основе методов, сочетающих анатомические и функциональные представления о патологии (трехмерная спиральная ком- пьютерно-томографическая (КТ) реконструкция, фазоконтрастная магнитно-резонансная томография (МРТ), КТ и МРТ цистернография, КТ-перфузия, эндоскопия, ультразвуковая доплерография, дигитальная, КТ и МРТ ангиография и др.).

Претерпела существенные изменения идеология хирургических вмешательств на черепе и головном мозге. Вместо тяжелых (длительных) травматичных операций стали все шире использоваться методы щадящей нейрохирургии, способные обеспечить лучшие функциональные и косметические результаты. Появились технологии, которые позволяют на новом уровне реализовывать, на практике принципы реконструктивной и минимально инвазивной нейрохирургии. Конечно, для успешного расширения сферы применения реконструктивной и минимально инвазивной нейрохирургии необходимы и новые клинические классификации, и новые знания по патогенезу и саногенезу изучаемой патологии. Таким образом, созрели предпосылки для углубленного изучения и разработки новых концепций и технологий при тяжелой посттравматической патологии черепа и головного мозга.

Целью данной работы является всесторонне и систематически изучить хирургически значимые последствия черепно-мозговой травмы, включая их классификацию, патогенез и саногенез; разработать диагностические алгоритмы и комплекс новых методов реконструктивной и минимально инвазивной нейрохирургии на основе высоких технологий, а также концептуальные подходы и принципы доказательной медицины.

Классификация последствий черепно-мозговой травмы

Понятие «последствия черепно - мозговой травмы». Последствия черепно-мозговой травмы – комплекс осложнений, который накапливается годами и десятилетиями и, по существу, определяет здоровье населения, гуманитарное, социальное и экономическое значение проблемы повреждений головного мозга [5, 6, 14, 17]. Большая часть хронических больных неврологического, психиатрического, а также соматического профиля имеет травматический анамнез, страдая теми или иными последствиями черепно-мозговой травмы [1, 3, 5, 7, 21, 22, 23]. Однако нет большей путаницы, чем в диагностике последствий ЧМТ [5, 15, 19]. Впрочем, это всегда неизбежно, когда отсутствуют определение понятия и его классификация. Последствия ЧМТ и в отечественной, и в зарубежной литературе часто смешивают с осложнениями, а их необходимо разграничивать [5, 6, 14, 17].

На основе анализа данных литературы предлагаем следующее определение понятия «последствия ЧМТ» [8, 18, 19, 20].

Последствия ЧМТ, в отличие от осложнений, - эволюционно предопределенный и генетически закрепленный комплекс процессов (дистрофических, дегенеративных, резорбтивных, аутоиммунных, репаративных и др.), развивающихся в ответ на повреждение головного мозга и его покровов. К последствиям также относим стойкие нарушения анатомической целости головного мозга, его оболочек и костей черепа, возникающие вследствие острой ЧМТ и сохраняющиеся в промежуточном и отдаленном ее периодах [2, 3, 5, 6, 15,17].

По общеорганизменным законам после ЧМТ разнообразно сочетаются репаративные (клеточная и внутриклеточная регенерация, гиперплазия, гипертрофия и др.) и дистрофические (некроз, отек, нарушения кровообращения, атрофия и

др.) реакции, процессы резорбции и организации. Поэтому последствия неизбежны при любой ЧМТ, но в клиническом смысле о них говорят лишь тогда, когда в результате повреждений, особенностей реактивности мозга и организма, возрастных и прочих факторов развивается устойчивое патологическое состояние, требующее лечения.

Принципы классификации. В основу разработанной классификации последствий положены следующие принципы: патогенез последствий, морфологический субстрат, клинические проявления.

Как известно, внутричерепное пространство занимают вещество мозга (~ 85%), ликвор (~10%) и кровь (~ 5%), на которые, как и на твердые и мягкие покровы головы, и воздействует механическая энергия. Соответственно рассматриваем три группы морфологических последствий ЧМТ: 1) **тканевые**: мозговые (атрофия, рубцы, спайки и др.) и черепные (дефекты, остеолиз, остеосклероз и др.), 2) **ликвородинамические** (дисциркуляция, дизрезорбция, ликворея, ликворома и др.), 3) сосудистые (дисциркуляция, ишемия, тромбоз и др.). С ними коррелируют три выделенные группы клинических форм последствий ЧМТ: 1) преимущественно тканевые, 2) преимущественно ликворные, 3) преимущественно сосудистые.

Клинические формы тканевых последствий ЧМТ.

1. *Посттравматическая атрофия мозга:* а) локальная, б) диффузная;

2. Посттравматический арахноидит

3. Посттравматический пахименингит

4. Оболочечно-мозговые рубцы - без инородных тел - с инородными телами

5) Поражения черепных нервов

6) **Дефекты черепа**

7) Посттравматическая деформация черепа

8) Сочетанные

Клинические формы ликвородинамических последствий ЧМТ.

1. **Гидроцефалия**: а) активная, б) пассивная

2. **Порэнцефалия**

3. *Менингоэнцефалоцеле*

4. Хронические гигромы

5. Ликворные кисты

6. Ликворея: а) без пневмоцефалии, б) с пневмоцефалией

7. Сочетанные

Клинические формы сосудистых последствий ЧМТ.

1. *Ишемические поражения*

2. *Хронические гематомы*

3. *Аневризмы: а) истинные, б) ложные*

4. *Артерио-синусные соустья(каротидно-кавернозное соустье другие артерио- синусные соустья)*

5. *Тромбоз синусов*

6. *Сочетанные*

В практике тканевые, ликворные и сосудистые последствия ЧМТ часто сочетаются, однако выделение главного их слагаемого всегда существенно для тактики лечения, а также социальной защиты пациентов [21, 22, 24].

Все последствия ЧМТ, кроме того, следует разделить на 1) **травматические** и 2) **ятрогенные.** Это практически важно; так, например, дефекты костей черепа в большинстве своем являются ятрогенными.

Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. Понятно, что для каждой клинической формы последствий ЧМТ характерна формы последствий ЧМТ характерна своя симптоматика и своя динамика развития. Но целесообразно выделить общие для всех последствий ЧМТ ведущие посттравматические синдромы: 1. *Неврологического дефицита;* 2. *Психических дисфункции;* 3. *Вегетативных дизрегуляции;* 4. *Эпилептический.*

Для унифицированной оценки посттравматические очаговые и диффузные изменения, выявленные с помощью КТ, в зависимости от характера и степени тяжести патоморфологических изменений мозговой ткани, подоболочечных пространств и желудочковой системы разделены на 3 степени: легкую, среднюю и тяжелую.

Посттравматические очаговые КТ-

изменения легкой степени - *характеризуются небольшими по размерам* зонами гомогенного понижения плотности (1,5- 2,5 см в диаметре), локализующимися в коре и подкорковом белом веществе, чаще в полюсно-базалъных или конвекситально-полюсно-базальных отделах лобных и/или височных долей. Снижение плотности варьируется от 28 до 20 Н. Равномерность коэффициента абсорбции в зонах пониженной плотности при нечеткости их границ, а также отсутствие объемного эффекта могут свидетельствовать об утрате мозговой тканью некоторых ее компонентов (частичная демиелинизация, локальное разрежение сосудистой сети, уменьшение регионального объема циркулирующей крови и др.).

Посттравматические очаговые КТ- изменения средней степени - *характеризуются локальными изменениями раз*мерами свыше 2,5 до 4,5 см в диаметре, более четко ограниченными участками пониженной плотности (от 1 до 18 Н), которые располагаются в коре и прилежащем белом веществе преимущественно полюсно-базальных и конвекситально-полюсно-базальных отделах лобной и/или височной долей снимая часть или весь полюс доли, достигая нередко передних или нижних отделов желудочковой системы). При более детальном исследовании этих участков выявляются кольцевидные или тяжистые структуры слабо повышенной или одинаковой по отношению к нормальной ткани плотностью, что может свидетельствовать о наличии глиальных или негрубых соединительно-тканных рубцовых изменений и кистозных полостей небольшого размера, наиболее выраженных в периферических отделах полушария. Посттравматические очаговые изменения средней степени могут оказывать умеренное объемное воздействие на ликворные пространства.

Посттравматические очаговые КТ - изменения тяжелой степени - характеризуются обширными зонами неравномерного понижения плотности (размерами свыше 4,5 см в диаметре), в пределах которых определяются высокоплотные образования различной формы и размеров, чаще имеющие шаровидную, кольцевидную или удлиненно-тяжистую форму. Это может указывать на наличие выраженных глиальных рубцов, а также соединительно-тканных тяжей, множественных кистозных полостей в зоне грубого рубцово-спаечного и атрофического процесса. Рубцовые изменения обусловливают грубую деформацию мозга с подтягиванием различных отделов желудочковой системы, чаще прилегающего бокового желудочка. Посттравматические очаговые КТ-изменения тяжелой степени также могут характеризоваться кистозными внутримозговыми полостями с четкими округлыми краями и плотностью, соответствующей ЦСЖ, при нередком сообщении с желудочковой системой и/или субарахноидальным пространством.

Посттравматические диффузные КТ-изменения легкой степени - характеризуются умеренной атрофией мозга, проявляющейся незначительным расширением желудочковой системы (ЦВИ Эванса от 16,0 до 18,0), расширением субарахноидальных щелей и борозд на 1-2 мм.

Посттравматические диффузные КТ-изменения средней степени - характеризуются значительным расширением желудочковой системы (ЦВИ Эванса — от 18,1 до 20,0), расширением субарахноидальных борозд и щелей на 3-4 мм, а также порой умеренным снижением плотности мозговой ткани (на 2-4 Н).

Литература

1. Акшулаков С. К. Клинико-эпидемиологические исследования острой черепномозговой травмы и ее последствий. Авто-реф. дисс... докт. мед. наук. М., 1995, 42 с.
2. Беавоги К., Кравчук А. Д., Потапов А. А., Лихтерман Л. Б., Корниенко В. Н. Клиническая классификация костных дефектов вследствие черепно-мозговой травмы. «Вопросы нейрохирургии». 1995, N 3, с. 7-10
3. Диагностика, лечение и профилактика отдаленных последствий закрытых ЧМТ; реабилитация больных. Метод, рекомендации, 1990, 21 с.
4. Классификация черепно-мозговой травмы. Сборник научных трудов НИИ нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко под ред. А.Н. Коновалова и др., М., 1992, 175 с.

5. Клиническая классификация последствий черепно-мозговой травмы. Методические рекомендации. //Составители: Л. Б. Лихтерман, Т. А. Доброхотова, С. Ю. Касумова и др. М., 1991; 29 с.
6. Клиническое руководство по нейротравматологии. Под ред. А. И. Арутюнова. М., 1978, 584 с.
7. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А Потапова. Т. III. Последствия и осложнения черепно-мозговой травмы, М., «Антидор», 2002, 631 с.
8. Кравчук А. Д., Лихтерман Л. Б., Потапов А. А. Клиническая классификация осложнений черепно-мозговой травмы. В кн. «Классификация черепно-мозговой травмы» М., 1992, с. 135-139.
9. Лихтерман Л. Б., Лошаков В. А. Терминология и классификация травматических гидроцефалий. Первый съезд нейрохирургов Российской Федерации. Тезисы докладов. Екатеринбург, 1995, с. 373.
10. Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Кравчук А. Д. Концептуальные подходы к патогенетическому лечению последствий черепно-мозговой травмы и полученные результаты. Украинский вестник психоневрологии, 1996, Т. 4, вып. 3 (10), с. 342-344.
11. Лихтерман Л. Б. . Потапов А. А. Классификация черепно-мозговой травмы. В кн. «Клиническое руководство по череп- номозговой травме», Т. I, М., «Антидор», 1998, с. 47-128.
12. Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Сербиненко Ф. А., Кравчук А. Д., Охлопков В. А., Лысачев А. Г. Классификация и современные концепции хирургии последствий черепно-мозговой травмы. «Нейрохирургия», 2004, N 1, с. 34-39.
13. Лихтерман Л. Б., Потапов А. А., Кравчку А. Д., Охлопков В. А., Эль-Кади М. Клиническая классификация хронических субдуральных гематом. «Нейрохирургия», 2004, N 4, с. 35-38.
14. Могучая О. В., Лебедев Э. Д. Отдаленные последствия черепно-мозговых травм в Санкт-Петербурге. Актуальные вопр. нейрохирургии, 1992, с. 28-30.
15. Осетров А. С. Клинические и психофизиологические характеристики последствий черепно-мозговой травмы. Авторефдисс... докт. мед.наук, 1989, 40 с.
16. Охлопков В. А. Длительная посттравматическая базальная ликворея (клиника, диагностика, лечение, катамнез). Автореф. дисс...кан. мед. наук, М., 1996, 20 с.
17. Смирнов Л. И. Патологическая анатомия и патогенез травматических заболеваний нервной системы. М., Изд. АМН СССР, 1947-1949 гг., Т. 1-2. 28.
18. Konovalov A. N., Likhterman L. B., Potapov A. A. I Traumi cranio-encefalici classificazione e clinica, Arcadia, Modena, (Italy), 1995; 358 p.
19. Kunishio K., Shinohara C., Torunaga K. et al. Neuropsychological outcome after head injury. Neurotraumatology, 1992, Vol. 15, 1-6, 15.
20. Langfitt T. W., Gennarelli T. A. A holistic view of head injury including a new clinical classification in Grossman R. G., Gildenberg P. L. (Eds.). Head Injury: Basic and clinical aspects. New York, Raven Press, 1982, p. 1-14.
21. Lanksch W., GrummeT., Kazker E. Computer Tomography in Head Injuries. Berlin-Yeidelberg-New York, Springer-Verlag (1979), 137 pp.
22. Levin H. S. Head trauma. Current Opinion in Neurology. 1993, Vol. 6, N 6: p. 841-846.
23. Nakamura N. Sequela following head injury. Nippon Rinsho, 1970, 25, 28 Suppl., p. 810-811.
24. Speed W. G. Closed Head Injury sequelae: changing concepts. Headache, 1989, Vol. 29, N 10, p. 643-647

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

СЛУЧАЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНОГО С ПОЛНОЙ ТРАНСПОЗИЦИЕЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Умаржанов А.Б.

ЮРФА-Clinic, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлено описание лапароскопической холецистэктомии у больного с полной транспозицией внутренних органов.

Ключевые слова: полная транспозиция внутренних органов, желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия.

The case of laparoscopic cholecystectomy in patients with complete transposition of internal organs

Baygazakov A.T., Mamanov N.A., Umarjanov A.B.

Summary: This article provides a description of a successful laparoscopic cholecystectomy in patients with complete transposition of internal organs.

Keywords: complete transposition of internal organs, cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy.

Актуальность. Транспозиция внутренних органов (*situs inversus*) (также называемая зеркальным (обратным) расположением внутренних органов) – редкое врожденное состояние, в котором основные внутренние органы имеют зеркальное расположение по сравнению с их нормальным положением: сердце находится с правой стороны, печень расположена слева, желудок справа [1-3]. Нормальное расположение называется *situs solitus*. Термин *situs inversus* – короткая форма латинской фразы «situs inversus viscerum» имеющей значение «перевернутое расположение внутренних органов». Декстрокардия (англ. *Dextrocardia*) – состояние, при котором верхушка сердца обращена вправо впервые была описана *Marco Severino* в 1643. Однако, состояние *situs invertus* было первый раз описано более века спустя Мэтью Бэйлли [2].

Распространение транспозиции внутренних органов варьируется в различных группах населения, но встречается не чаще чем у 1 из 10 000 человек [2, 3]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) транспозиция внутренних органов расположена под шифром Q89.389.3, а в МКБ-9 – 59.3759.3. Данное состояние затрагивает все главные органы в пределах грудной клетки и живота. При отсутствии врожденных пороков сердца, люди с транспозицией внутренних органов могут вести нормальный образ жизни, без любых осложнений, связанных с их медицинским состоянием. Много людей с транспозицией внутренних органов не осознают свою необычную анатомию, пока не столкнутся с медицинским обследованием, не связанным с транспозицией причинам. В доступной литературе мы не встретили описания случаев оперативного лечения хирургических заболеваний, в том числе и желчнокаменной болезни (ЖКБ), у больных с транспозицией внутренних органов. В этой связи мы решили поделиться первым наблюдением с полной транспозицией внутренних органов.

Клинический пример. Пациент Б.Д.С., 1980 г.р, № истории 197, госпитализирован 24.09.2013г. в клинику с жалобами на частую изжогу, дискомфорт в эпигастрии.

Анамнез болезни: со слов ЖКБ впервые установлена в 2006 году при профилактическом обследовании. Заболевание протекало в основном бессимптомно. Больной обратился в клинику, прошел обследование и госпитализирован в плановом порядке для видеолапароскопического лечения хронического калькулезного холецистита.

Анамнез жизни: популяция А. Инфекционные заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, открытые и закрытые переломы костей предплечий, страдает ЖКБ, псориазом, нарушением жирового обмена (индекс массы тела = 37,0). У больного имеет место полная транспозиция внутренних органов.

Объективный статус: общее состояние больного при поступлении удовлетворительное. Положение активное. Телосложение - гиперстеническое. Общий кожный покров обычной окраски. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/80 мм.рт.ст. Пульс 74 уд в мин.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот увеличен за счет выраженной подкожно-жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезнен. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Результаты обследования:

- Общий анализ крови от 24.09.13г.

эритр.	гем.	Ht	лейк	лимф	мон	нейт.	эоз	баз	тромб.	СОЭ	ретик
$5.44x10^{12}$/л	165г/л	48,2%	$10.6x10^{9}$/л	17.5%	4,4%	73,4%	4.35%	0.4%	$274x10^{12}$/л	4мм/ч	1.3%

- Общий анализ мочи от 24.09.13г.

цвет	уд.вес	белок	глюкоза	кетоны	билир.	лейк	эпит.	эрит.	цил	соли	бакт
с/жел	1020	0,135г/л	-	-	17мкмоль/л	ед.	-	-	0-1	-	-

- Биохимический анализ крови и свертывающая система от 24.09.13г.

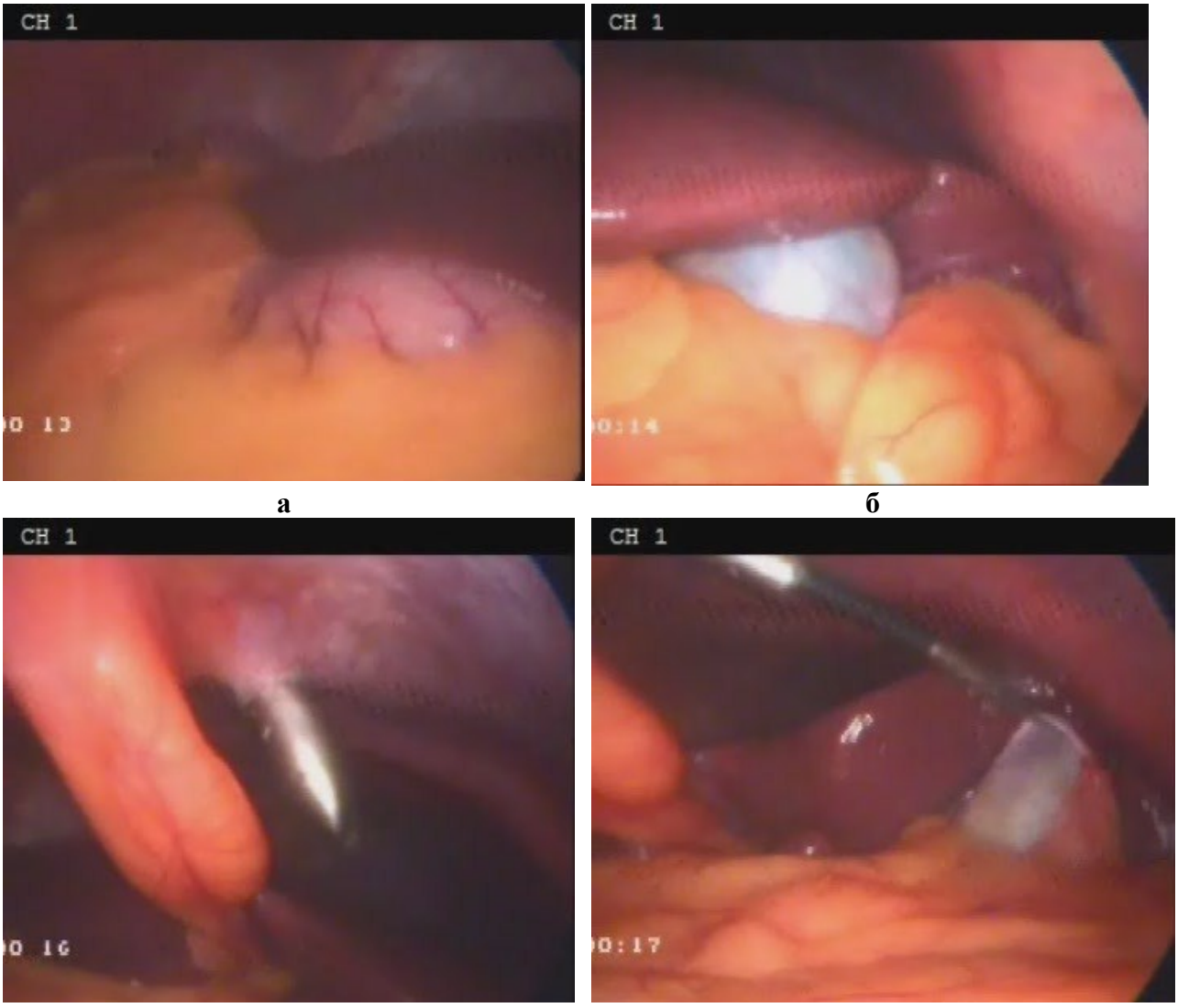
ПТИ	63,5%	HBsAg	отр
МНО	1,71	Anti-HCV-сум.а/тела	отр
Группа крови, Rh	A (II) Rh “+”	Сифилис сумм.а/тела (IgG,M)	отр
АЛТ	82,9 Ед	Общий билирубин	13,3 мкмоль/л
АСТ	68,6 Ед	Прямой билирубин	2,26 мкмоль/л
Глюкоза крови	4,99 ммоль/л	Тимоловая проба	0,84 Ед
ИФА ВИЧ	отр		

УЗИ: транспозиция внутренних органов, диффузные изменения печени, хронический калькулезный холецистит, липоматоз поджелудочной железы.

ЭКГ: снята при зеркальном расположении электродов, декстрокардио, ритм синусовый, ЧСС 77 уд в мин., вертикальное положение ЭОС.

26.09.2013г. произведена операция: лапароскопическая холецистэктомия.

При ревизии органов брюшной полости, как и ожидалось, круглая связка печени протянута левее от срединной согитальной плоскости, большая доля печени с желчным пузырем были расположены в левой поддиафрагмальной области; селезенка и большая кривизна желудка находились в правой половине брюшной полости; соответственно слепая кишка с червеобразным отростком были локализованы в левой подвздошной области. Желчный пузырь был окутан выраженным спаечным процессом. При дальнейшей ревизии структура ворот печени несколько ротирована назад по фронтальной оси, в гепатодуоденальной связке впереди располагалась печеночная артерия, дорсальнее локализовались холедох и воротная вена. В связи с чем и пузырный проток уходит глубоко за собственной печеночной артерии и воротной вены. Троакары были дислоцированы в зеркальном отношении с правой половины брюшной стенки на левую. Расположение желчного пузыря и, соответственно рабочих троакаров, несколько затрудняло лапароскопическую операцию, сковывало движения рук оперирующего хирурга. В левом подреберье был создан дополнительный 10-мм порт для манипулирования желчным пузырем и для клиппатора, в завершении операции желчный пузырь был извлечен через этот порт, который был расширен до 3 см. Операция длилась 1 час 50 минут. Основные эндофото, демонстрирующие транспозицию органов, представлены на рисунке 1.



а **б**

в **г**

Рисунок 1. Эндофото: а – малая доля печени и желудок расположены справа от круглой связки печени, б – большая доля печени с желчным пузырем расположены в левой поддиафрагмальной области, в – установка эпигастрального лапаропорта левее от круглой связки печени, г – тракция желчного пузыря в левую поддиафрагмальную область.

а – до удаления дренажа б – после удаления дренажа

Рисунок 1. Общий вид операционных ран:

Гистологическое заключение № 563-9-87: хронический холецистит с атрофией слизистой, злокачественного роста нет.

Диагноз заключительный клинический: *ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Жировой гепатоз. Полная транспозиция внутренних органов. Нарушение жирового обмена II степени. Псориаз.*

Лечение: цефтриаксон 1 гр. в/в с целью ПАП, перевязки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной вечером в день операции активизировался, самостоятельно без помощи медицинского персонала был переведен в палату. Послеоперационный болевой синдром был минимальный, не требовал медикаментозной анальгезии. Дренаж был удален на 3 сутки после операции. На 4 сутки после операции больной был выписан из клиники в удовлетворительном состоянии.

В связи с уникальностью случая мы поддерживаем связь с пациентом (является жителем Казахстана). Сегодня больной чувствует себя удовлетворительно. Жалоб со стороны пищеварительной системы не предъявляет, соблюдает диетические рекомендации.

Выводы

Таким образом, представленное наблюдение относится к весьма редко встречающимся состояниям и представляет определенный клинический интерес и для практической хирургии, особенно в эндовидеохирургии. Своевременная диагностика полной транспозиции внутренних органов имеет значение для успешной лапароскопической операции.

Литература

1. Кайбышева В.О., Соколина И.А., Леонович А.Е. и др. Случай полиспленического синдрома у взрослого пациента: обзор литературы и описание собственного наблюдения. http://kaybysheva.livejournal.com/3814.html
2. Транспозиция органов. http://ru.wikipedia.org/2#cite_ref-eng_2-1.
3. Fulcher AS, Turner MA. Abdominal manifestations of situs anomalies in adults. Radiographics. – 2002. – Vol. 22. – P. 1439–56.

«ПРАЙС – РЕЛИЗ»
научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века».

Основные требования к публикациям:

1.Статья должна сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, экспертным заключением и иметь визу научного руководителя.

2.Статья должна быть напечатана на одной стороне листа, электронным набором шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14; интервал 1,5). В редакцию необходимо присылать 1 экземпляр статьи и электронную версию на дискете.

3.Вначале пишут: ученое звание и степень, инициалы и фамилию авторов, название статьи, учреждения, из которого она вышла (количество авторов – не более 5 человек).

4.Статью должны подписать все авторы, необходимо указать фамилию, имя, отчество автора, с которым редакция будет вести переписку, его адрес (с шестизначным почтовым индексом) и телефон.

5.Объем статьи не должен превышать 8 страниц, число рисунков – не более 2

6.Статья должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Изложение должно быть ясное, без длинных введений и повторений.

7.Сокращение слов не допускается, кроме общепринятых сокращений химических и математических величин, терминов. В статьях должна быть использована система единиц СИ.

8.Таблицы должны быть построены наглядно, иметь название, их заголовки точно соответствовать содержанию граф. Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны быть тщательно выверены автором и соответствовать цифрам в тексте.

9.Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) – не более 2.

10.Фотографии должны быть контрастными, рисунки – четкими, чертежи – выполнены тушью. На обороте каждой иллюстрации ставятся номер рисунка, фамилия автора и пометка «верх» и «низ». Фотографии, микрофотографии, рентгенограммы необходимо присылать в 2 экземплярах размером 6х9 (5х8) см. Графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями. Рентгенограммы следует присылать со схемой.

11.Список литературы должен быть напечатан через 1,5 интервала, колонкой, каждый источник – с новой строки под порядковым номером. В списке перечисляются все авторы, которые цитируются в тексте, в алфавитном порядке (сначала отечественные, затем зарубежные). В списке должны быть обязательно приведены: по книгам – фамилия автора и его инициалы, полное название книги, место и год издания; по журналам, сборникам, научным трудам – фамилия автора и его инициалы, название журнала, сборника, научного труда, год, номер и страницы от – до. В список литературы не включаются неопубликованные работы и ссылка на учебники. За правильность приведенных в литературных списках данных ответственность несут авторы.

Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках с номерами в соответствии с пристатейным списком литературы. Упоминаемые в статье авторы должны быть приведены обязательно с инициалами, на них необходимо указать в списке литературы. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции.

12.Редакция может вернуть статью автору с замечаниями для доработки. Датой поступления статьи считается день получения от автора окончательно подготовленной к печати статьи.

13.Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять статьи.

14.Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал или сборник, присылать нельзя.

15.Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

Юридический адрес редакции: 720068, г.Бишкек, ул. Боконбаева 144 а, Тел. (0-312) 624678; факс: (0-312) 301016
www.chubakov.fmc.kg.

РЕДАКЦИЯ

СОДЕРЖАНИЕ

№№	Авторы, название статьи	стр.
1.	**Тойматов С.Ш., Сагинбаева Д.З.** Программа развития экстренной медицинской помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы	3
2.	**Бокчубаев Э.Т., Субанбаева Г.М., Шимеева А.С.** Результаты исследования социального статуса врачей в условиях г. Бишкек	6
3.	**Абдылдаев Т.Т.** Отдельные проблемы дистанционного медицинского консультирование больных в Кыргызстане	12
4.	**Абдылдаев Т.Т., Ашералиев М.Е., Болоцких И.В.** Опыт проведения дистанционного обучения в г.Бишкек, г.Балыкчы, г.Чолпон-Ата	15
5.	**Бокчубаев Э.Т., Джемуратов К.А.** Организация системы здравоохранения в странах СНГ	19
6.	**Калманбетова А.Т.** Деятельность контрольно-разрешительной системы как одна из исполнительных функций социальной политики государства	27
7.	**Калманбетова А.Т., Абилов Б.А.** Исполнение лицензионных требований и условий как основа соблюдения государственных интересов в сфере здравоохранения	29
8.	**Абдурашидова Т.Ш., Сабиров И.С.** Эффективность обучающих программ для больных хронической сердечной недостаточностью	32
9.	**Джумагулова А.О.** Тяжесть инвалидности при глаукоме	35
10.	**Юлдашев А.М., Усенко В.А.** Значение перинатальной патологии в развитии близорукости у детей	39
11.	**Кенджаева Д.О.** Особенности течения близорукости при асимметричных патологиях шейного отдела позвоночника	40
12.	**Бокчубаев Э.Т., Анарбай уулу Нурбек** Современная оценка уровня физической инфраструктуры и кадрового обеспечения психиатрической службы Ошской области Кыргызской Республики	42
13.	**Исмаилова У.А., Герасимов Э.М., Шерова А.А.** Проблемы безопасности в анестезиологии	46
14.	**Молдоташова А.К., Турдушева Д.К., Бошкоев Ж.Б.** Критерии оценки тяжести панкреатогенного сепсиса	50
15.	**Молдоташова А.К., Турдушева Д.К., Бошкоев Ж.Б.** Легочное кровообращение и взаимодействие легких и сердца	51
16.	**Ибраимова Э.Б., Иманбеков С.Т.** Мероприятия по снижению уровня заболеваемости среди работающих на современных табачных производствах при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера	53
17.	**Турдубаева Г.Т.** Часто встречаемы типы электроэнцефалограмм (ЭЭГ) при эпилепсии	57

18.	**Тойматов С.Ш.** Анализ ситуаций травматизма в Кыргызской Республике (из данных доклада ВОЗ в Европейском регионе)	**59**
19.	**Садыкова А.А., Тобокалова С.Т.** Сравнительная характеристика заболеваемости паротитной инфекцией населения Кыргызстана в последние годы	**61**
20.	**Тукешев Д.О., Канаев Р.А., Кудайбергенова М.Э.** Корреляционные связи нейроэндокриноиммунных систем при заболеваниях щитовидной железы	**66**
21.	**Тукешев Д.О., Канаев Р.А., Кудайбергенова М.Э., Кунасова К.Б.** Механизмы формирования неврологических нарушений при заболеваниях щитовидной железы	**70**
22.	**Шахнабиева С.М.** Структура врожденных пороков сердца по г. Бишкек	**74**
23.	**Турдушева Д.К., Молдоташова А.К., Бошкоев Ж.Б., Шерова А.А., Герасимов Э.М.** Выбор оптимальной респираторной терапии у послеоперационных хирургических больных	**78**
24.	**Молдоташова А.К., Турдушева Д.К., Бошкоев Ж.Б.** Патогенез и терапия острого респираторного дистресс-синдрома	**82**
25.	**Маматова К.Т.** Морфофункциональные характеристики шокового легкого при экспериментальном моделировании на собаках разного возраста	**83**
26.	**Абдиев А.Ш.** Основные клинико-диагностические и лечебные принципы ведения больных острой спаечной кишечной непроходимостью	**87**
27.	**Акматов Т.А.** Клиническое обоснование применения мази левомеколь в местной терапии острого деструктивного панкреатита	**92**
28.	**Ахмедов Э.Ш.** Изменение фоноэнтерограммы у собак при моделировании острой кишечной непроходимости и при действии прозерина	**101**
29.	**Ысмайылов К.С.** Возможности оперативной лапароскопии в лечении синдрома мириззи	**105**
30.	**Ысмайылов К.С.** Оптимизация хирургического лечения желчнокаменной болезни, осложненной формированием холецистобилиарного и холецистодуоденального свища	**108**
31.	**Ашимов Ж.И.** Объективизация эффекта санационной релапаротомии у больных с осложненным острым аппендицитом на базе рондомизированных сравнительных исследований	**111**
32.	**Ашимов Ж.И.** Объективизация эффекта санационной релапаротомии у больных с осложненным острым холециститом на базе рондомизированных сравнительных исследований	**116**
33.	**Намазбеков М.Н., Нурахманов А.Б., Тен И.** Применение кокарнита и клодифена при окклюзионных заболеваниях периферических артерий нижних конечностей	**122**
34.	**Намазбеков М.Н., Султаналиев Б.Т.** Микронизированные биофлавоноиды в комплексном лечении заболеваний вен нижних конечностей	**125**
35.	**Кулчинова Г.А., Мамасаидов А.Т.** Влияние различных видов базисной терапии на некоторые клинические показатели анкилозирующего спондилита	**129**

36.	**Каскеев Д.М., Амираев Р.У.** Профилактическая эффективность минеральной воды курорта Иссык-Ата, у больных мочекаменной болезнью	**132**
37.	**Мамбетов Ж.С., Насыров Н.Р., Оморов Д.Ж.** Клинико-лабораторная характеристика больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, осложненной эректильной дисфункцией	**136**
38.	**Турашев М.Т.** Клинико-лабораторная и рентгенологическая характеристика больных с нефроптозом	**140**
39.	**Бекенова Д.С., Заирова Г.М., Тобокалова С.Т.** Эффективность препарата бициклол при хроническом гепатите «С»	**143**
40.	**Полтава Н.В.** Региональные особенности репродуктивного здоровья девочек-подростков Кыргызской Республики	**146**
41.	**Исмаилова А.К., Керимова Н.Р.** Гисто-цитологические особенности сложной лейкоплакии у женщин Кыргызстана	**152**
42.	**Исмаилова А.К.** Кольпоскопические критерии простой формы лейкоплакии шейки матки	**156**
43.	**Майканаев Б.Б.** Вопросы организации хирургической помощи и перспективы развития на уровне региональных территориальных больниц	**162**
44.	**Кулукеев У.К.** Профилактика ятрогенных повреждений мочевыводящих путей в хирургической практике	**166**
45.	**Молдоташев У.И.** Последствия тяжелой черепно-мозговой травмы (классификация, патогенез, саногенез и диагностические алгоритмы)	**169**
46.	**Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Умаржанов А.Б.** Случай лапароскопической холецистэктомии у больного с полной транспозицией внутренних органов	**174**
47.	«ПРАЙС – РЕЛИЗ» научно-практического журнала «Медицинские кадры XXI века»…	**178**

Отпечатано из готовых диапозитивов в дизайн-студии «Илим - Басмасы»
Ул. Полярная 11.
Печать офсетная. Формат бумаги 60х90/8.
Объем 22,75 п.л. Тираж 250 экз.