

Копия Бүгө  
Ученый секретарь РС Р  
Сабиркулова А.Б.



10

Илимий-практикалык журнал

**КЫРГЫЗСТАН**

*Медицинасы*

*Медицина*  
**КЫРГЫЗСТАНА**

Научно-практический журнал

**3/2011**



**Специальный выпуск журнала  
к 60-летию Кыргызского  
научно-исследовательского  
института курортологии  
и восстановительного лечения**

Мазмуну

Корнел Вурна  
Учеший секретарь  
РС Д 14.18.585

Сабурова



Редакторлук макала

1. Пономаренко Г.Н. ....  
Далилдүү физиотерапия – XXI кылымдагы өнүгүү стратегиясы

Бөлүм I. Медициналык билим беруу

2. Белов Г.В. ....  
Далилдүү медицинанын коз карашы менен курортология жана физиотерапия боюнча илимий изилдоолордогу жалпы каталалар
3. Узakov О.Ж., Алексеев В.П., Комаров Г.А. .... 14  
Медициналык билим берүүдө дистанттык технологиялык ыкмаларды колдонуу

Бөлүм II. Калыбына келтирүү медицинасы, спорттук медицинасы, медициналык климатология, курортология боюнча суроолору

4. Ежов В.В., Васенко В.И., Гулов О.А. .... 17  
Булганакск жергесинен чыккан кырымдагы вулкандык баткактын бальнеологиялык мүнөздөмөсү
5. Закирова Т.А., Джолдубаев Ы.Д., Туратова Т.Д., Белов Г.В. .... 26  
Жогорку радиоактивдүү фондогу аймакта жашаган, ӨӨӨ менен болгон оорулардагы бронхоальвеолярдык лаваж суюктугунун липиддеринин перекистик кычкылдануусу жана өлкөнүрсурфактантынын абалы
6. Касымбеков Ж.О., Белов Г.В., Ажиматова М.Р., Иванова О.К. .... 29  
Кыргыз Республикасында жана ЕАЭСда ботолколонгон суулардын коопсуздук сапатынын тообокелдиктери жана аларды жүгүртүүдө техникалык жонго салуу иш- чаралары.
7. Рахимова Ч.К., Султанмуратов М.Т., Белов Г.В. .... 33  
Кыргызстандагы вино жасоо жана энотерапия: Кыргызстандын тургундарынын коомдук ден соолугуна тийгизкен таасири
8. Шевелева Н.И., Минбаева Л.С. .... 37  
Гонартроздогу тарамыш-булчуң өзгөрүүлөрүнүн диагностикасындагы басымдуу толкун

Бөлүм III. Медициналык реабилитация

9. Буларкиев А.К., Буларкиева Э.А. .... 41  
Муун оорулары менен ооруган бейтаптардын санаторий-курорттук шарттарда реабилитациялоо (КЖККИИ).
- ✓ 10. Ибрагимова М.Д., Уметалиева Д.Ю., Белов Г.В., Атабаев И.Н. .... 44  
Кичи жамбаш органдарына жасалган лапаратомиялык операциядан кийин дене массасы жогору болгон аялдардагы калыбына келүү мезгилинин өтүү агымынын өзгөчөлүктөрү
11. Рысбаев К.С., Джеенбаев Е.С., Султанмуратов М.Т. .... 48  
Орто-тоолу санатория шартында көкүрөк жана бел омурткалары кабылдоосуз бузулган ооруларды калыбына келтирүү
12. Царев А.Ю., Ежов В.В., Куницына Л.А., Пьянков А.Ф. .... 51  
Атеросклеротикалык генездеги мээнин өнөкөт ишемиясы менен болгон ооруларды дарылоодогу динамикалык электронейростимуляциясы

Копия берке

Генеральный секретарь  
ДС Д 14.18.575

Сайырбаева А.Б.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С ПОВЫШЕННОЙ МАССОЙ ТЕЛА ПОСЛЕ ЛАПАРАТОМИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА



Ибрагимова М.Дж., Уметалиева Д.Ю., Белов Г.В., Атабаев И.Н.  
Кыргызско-Российский славянский университет,  
Международная высшая школа медицины УНПК  
«Международный университет Кыргызстана, Бишкек, Кыргызстан.  
Ошский государственный университет, Ош Кыргызстан

**Резюме:** обследованы женщины, перенесшие лапаротомические операции на органах брюшной полости и малого таза, имеющие нормальный и повышенный вес. Показано что пациентки с повышенным весом имели более сложное течение восстановительного периода: у них медленнее восстанавливалась моторная функция кишечника, медленнее проходила репарация операционных швов, в анамнезе чаще наблюдались признаки спячной болезни. Это обосновывает необходимость дифференцированного подхода к их реабилитации

**Ключевые слова:** метаболический синдром, лапаротомические операции, биоэпидемиологический анализ состава тела, фоноэнтерография.

Кичи жамбаш органдарына жасалган лапаратомиялык операциядан кийин дене массасы жогору болгон аялдардагы калыбына келүү мезгилинин өтүү агымынын өзгөчөлүктөрү

Ибрагимова М.Дж., Уметалиева Д.Ю., Белов Г.В., Атабаев И.Н.  
Кыргыз-Орус славян университети.

Эл аралык жогорку медициналык мектеби УНПК  
Ош мамлекеттик университети, Ош, Кыргызстан.

**Корутунду.** ич кендейүүнүн жана кичи жамбаш органдарынан лапаратомдук операция болуп нормалдуу жана жогорку салмакка ээ болгон аялдар текшерүүдөн өттү. Алардын ичинен ашыкча салмактагы бейтаптардын калыбына келүү мезгили оор болгону корсотулгон, анткени аларда ичегенин кыймыл милдети калыбына келүүсү жай болгон, операция мезгилиндеги тигилген жерлери да акырындык менен бүтөлгөн, анамнезде спячной оорусунун белгилери байкалган. Бул алардын калыбына келтирүү үчүн бир мамиле кылуу зарылдыгын негиздейт.

### Peculiarities of the restorative period in women with a high body mass after laparotomic operations on the organs of pelvic

Ibragimova M.J., Umetalieva D.Yu., Atabaev B.N., Belov G.V.  
Kyrgyz-Russian Slavic University,  
International Higher School of Medicine of UNPK  
International University of Kyrgyzstan, Bishkek, Kyrgyzstan.

**Abstract.** women who underwent laparotomy operations on the abdominal and pelvic organs with normal and increased weight were examined. It was shown that patients with increased weight had a more complicated course of the recovery period: they had a slower recovery of the motor function of the intestine, slower repair of the surgical sutures, and more frequent signs of a joint disease in the catamnesis. This justifies the need for a differentiated approach to their rehabilitation.

**Keywords:** metabolic syndrome, laparotomy operations, bio-epidemiological analysis of body composition, phonoenterography.

Ожирение часто воспринимается как особенности внешнего вида, телосложения, для кого-то привлекательные, для кого-то нет. Выделение метаболического синдрома в отдельную нозологическую форму показывает его патологическую основу. При ожирении страдает не только метаболизм липидов, снижается общая реактивность, иммунитет, устойчивость к стрессам, изменяется психика [8]. Опыт показывает, что при ожирении возникают проблемы при абдоминальных операциях, заживлении операционных ран. При ожирении снижается моторика кишечника [1, 2, 4, 9]. Диагностика ожирения при всей видимой очевидности не легка, так как нет четких критериев отличия от нормы – большой общий вес зачастую не является признаком здоровья или болезни. В последнее время появились компьютеризованные приборы и методики, позволяющие более точно диагностировать степень нарушений липидного обмена и оценивать биологическую сущность выявленных отклонений [3, 7, 10], в частности возникающих при этом нарушений моторной функции кишечника [6].

**Целью** настоящей работы явилось изучения особенностей течения восстановительного периода у женщин с нормально и повышенной массой тела после лапаротомических операций.

Объектом исследования явились 40 женщин, перенесших лапаротомические операции в гинекологическом отделении Национального хирургического центра и в Городском перинатальном центре города Бишкека. Предметом исследования были локальный статус операционного поля, состояние моторной функции кишечника, качество жизни.

Возраст женщин был от 20 до 50 лет, в среднем -  $36,3 \pm 1,6$  лет. Причинами для лапаротомических операций были миомы матки больших размеров, кисты яичников, внематочная беременность, кишечная непроходимость, вентральные грыжи. Преобладающей патологией были миома матки и кисты яичника, составившие 45% и 32,8% лапаротомических операций соответственно. В исследование включены лапаротомии длиной разреза более 8 см, чаще всего нижнесрединная, по Джоэл-Кохену, по Пфанненштилю.

Методом случайной выборки пациентки были распределены на 2 рандомизированные, сопоставимые по возрасту, тяжести заболевания группы, схожему распределению патологии. Основную группу составили 20 женщин с избыточной массой тела. Критериями отбора были:

избыточный вес, превышающий возрастную норму более чем 10%.

индекс массы тела (ИМТ) более  $30 \text{ кг/м}^2$ ,

толщина кожной складки на животе более 3 см.

Средний вес женщин основной группы составил  $66 \pm 2,7$  кг.

Контрольную группу составили 20 женщин с нормальным питанием, средний вес  $53,2 \pm 1,7$  кг.

Использованы следующие методы исследования:

1. Опрос больных - анамнестические данные и жалобы, с акцентом на характерные для пареза кишечника (ощущение вздутия живота, затруднение при отхождении газов и стула, тошноту, рвоту и т.д.).

2. Стандартное клиничко-лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи, определение свертываемости крови, определение сахара, холестерина, липопротеидный профиля, печеночные тесты, ЭКГ).

3. Соматометрические измерения (рост, вес, расчет индекса массы тела, окружность талии, окружность бедер).

4. Определение толщины кожной складки (ТКС) на животе, поясничной части спины, бедрах и плече при помощи калипера электронного цифрового КЭЦ-100, погрешность 1 мм.

5. Определение компонентного состава тела при помощи биоимпедансного анализатора ABC-01 «Медасс» с определением следующих параметров: основной обмен, индекс массы тела, жировая масса тела, безжировая масса, активная клеточная масса, скелетно-мышечная масса, удельный (нормированный на площадь поверхности тела) основной обмен, общая вода организма, объем внеклеточной жидкости, а также процентное содержание жира в теле.

6. Описание локального статуса операционной раны.

7. Компьютерная фоноэнтерография. Компьютерная фоноэнтерография проводилась в следующем

Таблица 1 – Показатели состава тела в основной и контрольных группах (M±m)

Показатель	Основная группа	Контроль
Масса тела, кг	$66,1 \pm 2,6^*$	$53,5 \pm 2,8$
Индекс массы тела, $\text{кг/м}^2$	$36,7 \pm 3,4^*$	$22,7 \pm 3,1$
Жировая масса, нормированная по росту	$26,2 \pm 2,2^*$	$18,3 \pm 2,5$
Тощая масса, кг	$35,7 \pm 2,6$	$33,6 \pm 3,9$
Активная клеточная масса, кг	$24,9 \pm 1,8$	$23,4 \pm 1,7$
Скелетно-мышечная масса, кг	$22,5 \pm 2,1$	$21,8 \pm 2,2$
Удельный основной обмен, $\text{ккал/м}^2/\text{сут}$	$775,2 \pm 17,2$	$865,2 \pm 15,0$
Общая жидкость, кг	$29,2 \pm 2,7$	$27,5 \pm 2,7$
Внеклеточная жидкость, кг	$18,6 \pm 1,30^*$	$14,2 \pm 1,30$

Примечание \* - критерий достоверности различий с контролем  $p < 0,05$ .

Таблица 2 – Исходные показатели ФЭГ низкоамплитудных звуков натошак в группе А и группе Б (избыточный вес)

Показатели / ед. измерения	Основная группа (n=20)	Контрольная Группа (n=20)
АП (децибел)	$3,6 \pm 0,3^*$	$4,7 \pm 0,4$
АС (децибел)	$1,6 \pm 0,3^*$	$2,4 \pm 0,3$
ДС (миллисекунд)	$31 \pm 3$	$34 \pm 4$
Ч (герц)	$0,9 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,3$

Примечание \* - критерий достоверности различий с контролем  $p < 0,05$ .

Таблица 3 – Динамика субъективных жалоб у женщин основной и контрольной группы на нарушение моторной функции кишечника в раннем восстановительном периоде.

Группа	сутки	Отсутствие жалоб	Вздутие живота	Боли в животе	Нарушения газо-выделения
Основная группа (n=20) абс. (%)	1	11 (55%)	5 (25%)	6 (30%)	6 (30%)
	2	10 (50%)	6 (30%)	7 (35%)	7 (35%)
	3	11 (55%)	4 (20%)	5 (41,6%)	5 (25)
	5	12 (60%)	3 (15%)	4 (20%)	4 (20%)
	10	14 (70%)	2 (10%)	4 (20%)	4 (20%)
Контрольная группа (n=20) абс. (%)	1	12 (60%)	5 (25%)	5 (25%)	5 (25%)
	2	11 (55%)	6 (30%)	7 (35%)	6 (30%)
	3	12 (60%)	4 (20%)	5 (25%)	5 (25%)
	5	16 (80%)	3 (15%)	4 (20%)	3 (15%)
	10	17 (85%)	2 (10%)	3 (15%)	2 (10%)

Таблица 4 – Эффективность реабилитации основной и контрольной группы женщин перенесших лапаротомические операции (M±m)

Группа	Снятие швов (дней)	Пребывание в стационаре (дней)
Основная группа повышенное питание (n-20)	9,1±0,5	11,7±0,6 *
Контрольная группа -нормальное питание, (n-20)	8,2 ±0,4	10,1±0,5

Примечание \* - критерий достоверности различий с контрольной группой  $p < 0,05$ .

порядке. Первые записи проводили натощак, затем давалась 200 мл минеральной воды и повторную запись проводили через 20 минут. Звуки снимаются микрофоном в околопупочной области в течение 1 минуты при обычном дыхании и определяется частота среднеамплитудных звуков. Затем в четырех точках передней брюшной стенки при задержке дыхания на 10 сек, цифровые сигналы усиливаются и записываются на компьютер. Полученная запись статистически анализируется при помощи звукового редактора. Для оценки моторной функции ЖКТ используются следующие параметры низкоамплитудных звуков: амплитуда пиковая (АП) и амплитуда средняя (АС) в децибелах при входе на компьютер (условная величина, зависящая от параметров усилителя), длительность сигнала (ДС) в микросекундах, частота звука в герцах.

#### Результаты и их обсуждение

Толщина кожно-жировой складки на животе, спине, бедрах и плече у больных основной группы была достоверно больше чем в контрольной группе А. Особое значение имеет толщина жировой складки на животе в зоне операционного поля.

Биоимпедансный анализ состава тела показал достоверно более высокие показатели индекса массы тела, жировой массы, нормированной по росту, внеклеточной жидкости у пациенток основной группы с избыточной массой тела (табл.1). Наоборот доля активной клеточной массы, доля скелетно-мышечной массы, удельного основного обмена у женщин с избыточной массой тела была ниже чем в группе с нормальным питанием.

ЖКТ человека издает высокоамплитудные, среднеамплитудные и низкоамплитудные звуки. Высокоамплитудные звуки можно услышать без каких-то приспособлений находясь рядом с человеком. Это отрыжка воздухом, отхождение газов и урчание кишечника при определенном питании. Среднеамплитудные звуки, длящиеся 1-2 секунды, слышит сам человек и врач при помощи фонендоскопа. Они не постоянные. Компьютерному анализу на современном этапе не подлежат.

Низкоамплитудные звуки трудно расслышать при помощи фонендоскопа, зато они обладают устойчивой периодичностью и определенными параметрами, которые могут быть подвергнуты количественной оценке. Низкоамплитудные сигналы регистрируются на ФЭГ постоянно с частотой 10-20 Гц. Длительность сигнала составляет от 30 до 50 миллисекунд. Форма сигналов чаще всего была конусовидной: пиковая амплитуда наблюдалась в начале сигнала, затем амплитуда сходила на нет.

Параметры ФЭГ были очень вариабельны и характеризовались неравномерным распределением, как в контрольной, так и в основной группе. В основной группе (с избыточным весом) исходные показатели компьютерной ФЭГ были ниже нежели в контрольной (табл.2). Это мы связываем с большей толщиной подкожно-жирового слоя на животе у женщин с избыточной массой тела, а также ослаблением у них моторной функции кишечника, на что в свое время указывали Вахрушев Я.М. исоавт., 2011; Новикова В.П., 2014.

Как видно из таблицы, число больных отсутствием жалоб постепенно к 10 дню увеличивалось, достигая 85% у женщин с нормальным весом и 70% у женщин с повышенной массой тела. Частота конкретных жалоб также постепенно к 10 дню снижалась, они оставались до 20% в основной группе и до 10% в контрольной группе. В целом женщины с избыточным весом имели более медленную динамику нормализации моторной функции кишечника в послеоперационном периоде.

На 1 сутки после операций на органах брюшной полости в обеих группах зарегистрировано достоверное увеличение частоты и амплитуды звуковых сигналов по сравнению с дооперационным периодом на 12-15% ( $p < 0,05$ ). Однако контрольной величины показатели ПА, СА, Д и частота не достигали.

На 3 сутки у больных основной группы изменения ФЭГ были более разнообразными. У 4 больных клинически отмечались признаки пареза кишечника, при этом показатели низкоинтенсивных звуков ФЭГ у них опустились ниже исходного уровня. У части больных показатели ФЭГ были более высокими, нежели на 1 сутки после операции. В среднем сдвиг показателей ФЭГ оказался даже большим чем 1 сутки после операции. На наш взгляд, у некоторых больных имелся невыраженный парез кишечника, не проявляющийся клинически.

В катанезе через год после проведенных лапаротомических операций на периодические боли в брюшной полости, на наш взгляд свидетельствующие о существующей спаечной болезни, жаловались 2 женщины из основной группы и 4 женщины из контрольной группы.

Таким образом результаты исследования свидетельствуют, что выделенные группы женщин с гинекологической и абдоминальной патологией, имеющие нормальный и избыточный вес являются отдельными кластерами, которые могут требовать дифференцированные подходы в их реабилитации.

#### Список литературы:

1. Вахрушев Я.М. Изучение двигательной функции тонкой кишки при метаболическом синдроме / Я.М.Вахрушев, М.В.Лятова, В.Ф. Булычев, В.А. Зеленин // XI съезд НОГР. Тезисы докл. – М.: ЦНИИ гастроэнтерологии. – 2011. – С. 123.
2. Курыгин А.А. Моторная функция тонкой кишки в норме и при некоторых патологических состояниях / Курыгин А.А., Багаев В.А., Курыгин А.А., Сысоева Л.И. СПб.: Наука 1994; 202.
3. Николаев Д. В. Биоимпедансный анализ: основы метода, протокол исследования и интерпретация результатов / Д. В. Николаев, С. Г. Руднев // Спортивная медицина. -2012. №2. С.29-36.
4. Новикова В.П. Состояние кишечной моторики при ожирении / Новикова В.П., Алешина Е.И. // Вопросы детской диетологии. 2014. Т. 12. № 4. С. 35-40.
5. Попов Ю.П. Ранняя этапная диагностика послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии. / Попов Ю.П., Магомедова Л.А., Ахилин К.А., Попов П.А., Симонов Д.С., Макаров В.А. // Хирург. 2014. № 4. С. 33-37
6. Сафронов Б.Г. Физическое обоснование метода компьютерной фонозентерографии / Б.Г. Сафронов, И.А. Мокряков, М.В. Царьков, О.В. Полятыкина // Физическая медицина. — 2005. — Т. 15, № 1. — С. 41—44.
7. Соболева Н.П. Биоимпедансный скрининг населения России в центрах здоровья: распространенность избыточной массы тела и ожирения / Н.П. Соболева, С.Г.Руднев, Д.В.Николаев и др. // Российский медицинский журнал. 2014. № 4. С. 4-13.
8. Ройтберг Г. Е. Метаболический синдром / Г. Е. Ройтберг. -М., 2007.
9. Чистик Т. Нарушения моторики желудочно-кишечного тракта как важнейший аспект функциональных заболеваний / Чистик Т. // Новости медицины и фармации. 2013. № Gastr1 (446). С. 31-34.
10. Jyrimde T. Validity of optical device lipometer and bioelectric impedance analysis for body fat assessment in men and women / Jyrimde T, Sudi K, Jyrimde J, Payerl D, Muller R, Tafait E. // CollAntropol. 2005 Dec;29(2):499-502.

#### Сведения об авторах:

**Ибрагимова Мафинат Джароховна** – врач-гинеколог, соискатель КРСУ,

**Уметалиева Динара Юсупжановна** - доктор наук (PhD), доцент кафедры педиатрии, акушерства и гинекологии Международной высшей школы медицины УНПК МУК,

**Белов Георгий Васильевич** – доктор мед наук, профессор, зав.кафедрой морфологических дисциплин ОшГУ;

**Атабаев Ибрагим Насырович** – зам. декана международного медицинского факультета ОшГУ.