

КР УИА тоолу физиология Институту
Кыргыз мамлекеттик И.К.Ахунбаев атындагы медициналык
академиясы
Эл аралык жогорку медицина мектеби
КР БИМ ОИПК КЭУ
Диссертациялык совети Д 03.16.533

Контролдук экземпляр
Кол жазмага укуктуу
УДК 617.5.617.51:616.831-001.613.81

ФИРСОВ СЕРГЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ

**АЛКОГОЛДУК ИНТОКСИКАЦИЯСЫ МЕНЕН
БАЙЛАНЫШТУУ БОЛГОН ТРАВМАТИЗМДИН
ПАТОГЕНЕТИКАЛЫК АСПЕКТИЛЕРИ**

14.03.03—патологиялык физиология

Автореферат

медицина илимедеринин доктору илимий даражасын
алуу үчүн жазылган диссертациясы

Бишкек – 2018

Илимий иши «Эл аралык ден соолукту чыңдоо клиникасы» АНО
аткарылган, Новосибирск, Россия

Илимий консультанты:

медицина илимдеринин доктору,
профессор

Белов Георгий Васильевич

Официалдуу оппоненттери:

медицина илимдеринин доктору,
профессор

Ниязов Батырхан Сабитович

медицина илимдеринин доктору,
профессор

Шилов Сергей Николаевич

медицина илимдеринин доктору,
профессор

Айтбаев Куван Агенович

Негизги мекеме:

Кемерово мамлекеттик
медициналык академиясы

Диссертацияны жактоо « ____ » _____ 2018ж. саат « ____ » КР УИА тоолу физиология Институту, КР БИМ Эл аралык жогорку медицина мектеби, ОИПК КЭУ, КММ И.К.Ахунбаев атындагы медициналык академиясындагы 533 диссертациялык советинин отурумунда өтөт.

Диссертация менен КР УИА тоолу физиология Институтунун китепканасында, төмөнкү дарек боюнча: _____, Кыргыз мамлекеттик И.К. Ахунбаев атын. Медициналык академиясынын китепканасында, төмөнкү дарек боюнча: 720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч. 92, жана Кыргызстандын Эл аралык жогорку медицина мектебинде таанышса болот.

Автореферат жөнөтүлдү « ____ » _____ 2018ж.

Диссертациялык советтин

илимий катчысы,

медицина илимдеринин доктору, а.и.к.

Джунусова Г.С.

ИЗИЛДӨӨ ИШИНЕ ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨ

Изилдөөнүн актуалдуулугу. Россияда да травматизмден болгон оордук АКШ жана өнүккөн Европа өлкөлөрүндөгүдөй эле өтө зор, ДССУ маалыматтары боюнча дагы айкалышкан жабыркоолордун жана политравманын саны көбөйүүдө, анткени калктын иш аракеттеринин жалпы интенсификациясы менен байланыштуу. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын (АБМСТ) башкы себеби болгон транспорттук-жол травматизми дүйнөдө өзгөчө жагдайлардын таралуу себептеринин бири болуп калууда, кайсы бир оор жана кризистүү абалда травмалык шок жабыр тарткандардын 50%да кездешет, стационарга келип түшкөндөн кийин, жакынкы күндөрдөгү өлүмү 14%дан 20%га чейин түзөт (Касымов О.Т., 2007; Тен И. 2008; Джумабеков С.А., 2012; Калиновский И.Н., 2006; жб.; В.П. Михайлович, 2009; Каменева Е.А. жб., 2009; Лебедев В.В. жб., 2010).

Айкалышкан баш сөөк-мээ скелеттик травманын (АБМСТ) натыйжасындагы БНС жабыркоосу классикалык постагрессивдүү реакцияны пайда кылуучу болуп саналган (SIRS-CARS-CHAOS) жана системалык кабылдоо реакциясын, органдык дисфункцияны жана спецификациялык терапияга муктаж болгон эндотелиалдык дисфункция кубулушун өзүнө камтыган, кризистүү абалдын пайда болушуна алып келиши мүмкүн (Шумахер Г.И. жб., 2008; Верещагин Е.И., 2009; Гришанова Т.Г. жб., 2011; Maas A.I.R., 2008).

Алкоголду колдонуу оор айкалышкан травмада системалык патологиялык процесстин динамикасынын түрүн олуттуу өзгөртөт, диагностиканы тоскоолдукка алып келет жана репарация процессине олуттуу таасир берет (Шабанов П.Д. жб., 2005; Ерышев О.Ф. жб., 2006). Алкоголдук интоксикация организмдин бардык системасынын иштөөсүнө таасир берүүчү зат алмашуунун өтө терең бузулуусуна түрткү берет (Гузиков Б.М. жб., 2007).

Алкоголдук мас абал же өнөкөт алкоголизм жапа чеккендердин 27-60% аныкталган (Волошин В.В., 2008; Мельников В.Ф., 2009; Матвийчук В.М. жб., 2009; жб.; Borges G. et al., 2004). Ушуну менен бирге окуя болгон жердеги өлгөндөрдүн арасында алкогольдук мас абалдагы жабыркагандардын саны 41,8%, дарылоо мекемелериндеги өлгөндөрдүн арасында – 28% жана айыккандардын арасында – 6,6% жеткен (Елкин П.А., Румянцева А.В., 2006). Бул жагдайда алкогольду колдонуу менен байланыштуу болгон, АБМСТда дарылоо жана калыбына келтирүү тактикасынын алгоритмин иштеп чыгуу зарылдыгы келип чыгат.

Ыңгайлуу нейрогуморалдык механизмдер баш сөөк-мээ травмасынын жана айкалышкан скелеттик жабыркоолордун оордук абалына жараша алкоголизм фонунда жетишерлик изилденген эмес, анткени прогноздоо жана дарылоо-калыбына келтирүү тактикасына кедерги болот.

Алкоголду колдонуу менен байланышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик жабыркоодо, патопластикалык процесстин патогенетикалык механизмдерин түшүнүүдө жаңы методикалык ыкмаларды иштеп чыгуу учурдагы патофизиологиянын актуалдуу проблемасы болуп саналат.

Изилдөөнүн максаты: Алкоголдук интоксикация менен байланыштуу болгон, баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы патогенетикалык механизмдерди изилдөө.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Учурдагы алкогольдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан травмалык жабыркоо проблемаларынын абалын изилдөө.
2. Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын клиникалык өтүү агымынын өзгөчөлүктөрүн жана дарылоо жыйынтыктарын анализдөө.
3. Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандардагы микроциркуляциянын системалык патогенетикалык механизмдерин, эндотелиалдык функцияны, иммундук жоопту изилдөө.
4. Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы менен болгон пациенттердеги нозокомиалдык пневмония түрүндөгү кабылдоонун патогенетикалык механизмдерин, ошондой эле эндотоксикоз динамикасын жана нозокомиалдык пневмония фонундагы иммунологиялык статуска байкоо жүргүзүү.
5. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркаган пациенттердин кризистүү абалын прогноздоо мүмкүнчүлүгүн бере турган, алкоголизм фонунда иммундук, эндотелиалдык жана микроциркулятордук функциянын системалуу патопластикалык реакциясын аныктоо.
6. Алкоголизм фонунда айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы менен болгон пациенттерге патогенетикалык жактан негизделген токтоосуз жардам көрсөтүү алгоритмин иштеп чыгуу.

Илимий иштин концепциясы. Алкоголдук мас абалда болгон айкалышкан травматизмдин тездиги жана оордугу бул абалдын патогенетикалык механизмдерин изилдөө зарылдыгына аргасыз кылат. Айкалышкан жабыркоонун татаалдыгы жана көп варианттуулугу, өзгөчө алкогольдук интоксикациясы менен байланыштуу болгондо патопластикалык процесс түрүн өзгөртөт. Дарылоо иш чараларын жүргүзүүдө эске алуу керек болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын фонунда, алкогольдук шартталган системалык патопластикалык микроциркулятордук, эндотелиалдык жана иммундук дисфункция концепциясы диссертациялык коргоого киргизилген.

Илимий жаңылыгы.

Ири өнөр жайлуу шаардагы травматизмдин структурасына, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманы дарылоо жана өлүм жыйынтыктарына статистикалык анализ жүргүзүлгөн. Алкоголизмдин фонунда травматизмдин салыштырмалуу салмагы айкын болду. Алкоголдук интоксикациянын фонундагы, скелеттик жана баш сөөк-мээ травманын оордугуна жараша айкалышкан скелеттик жана баш сөөк-мээ жабыркоосунун клиникалык өтүү агымынын өзгөчөлүктөрү аныкталган. Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан

жапа чеккендерге медициналык жардам көрсөтүү проблемалары белгилүү болду.

Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыр тарткандардын стационарда болуу мөөнөтүнүн узарышы эндотоксикоз менен айкалышкан иммундук механизмдердин жетишсиздик натыйжасындагы репаративдик процесстердин токтоосуна, сезгенген цитокиндердин активациясына жана иммунокомпетенттик клеткалардын апоптозасын күчөтүү менен байланыштуулугу негизделген. Өпкөнүн кабылдоо тездиги иммунологиялык коргоо системасынын ыңгайлашкан жооп берүү мүнөзүнө таасир берүүчү, мурда болуп өткөн алкогольдук ичимдиктерди ичүү менен түздөн түз коррелация болгондугу аныкталды. Алкоголь ичимдиктерин ичүү менен байланышкан экинчи иммундук жетишсиздик, травмадан кийин калыбына келтирүү мезгилинин узаруусуна түрткү берет.

Алкоголдук мас абалында алган травмада микроциркулятордук багыттагы системалык реакция баяндалган. Перифериялык тамырлардын клиникалык-функционалдык абалынын жана алкоголизм менен байланыштуу болгон эндотелиалдык дисфункциясынын процесстери менен болгон микроциркуляциянын ортосундагы өз ара байланышы аныкталды, алардын репаративдик процесстерге болгон таасири белгиленди.

Жабыркаган пациентке баардык этаптарда нейрогуморалдык жылышууларды, эндотоксикозду, эндотелиалдык жана микроциркулятордук функцияларды камтыган, клиникалык өтүү агымынын жана диагностикалык мониторингдин салыштырмалуу анализин жүргүзүү патопластикалык механизмдерди баяндоого, кризистик абалдын, калыбына келүү процессинин узаруусуна жана өлүм себеби болуп саналган, алкогольдук шартталган системалык дисфункция концепциясын негиздөөгө мүмкүндүк берди.

Илимий иштин теоретикалык мааниси. Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы патогенездин жана клиникалык агымдын мыйзам ченемдүүлүгү айкын болду. Репаративдик процессти оорлотуучу, алкогольду колдонуу менен байланышкан алдыңкы патогенетикалык факторлор аныкталды: алкоголь менен шартталган эндотелиалдык функциянын, микроциркуляциянын жана иммундук жооптун бузулуусу. Алынган маалыматтар мас абалында жабыркагандарга жардам көрсөтүүдө жаңы ыкмаларды түзүү үчүн теоретикалык база болуп саналат жана айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманы дарылоо алгоритмин оптимизациялоого шарт түзөт.

Практикалык мааниси. Алкоголизм фонундагы айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы менен болгон пациенттерге кечиктирилгиз жардам көрсөтүүнүн алгоритми жана практикалык сунуштары иштелип чыккан. Алкоголду колдонуу фонундагы, айкалышкан баш сөөк –мээ жана скелеттик травмадагы пациенттин кризистүү абалын прогноздоо методикасы негизделген. «Damagecontrol» (жабыркоону контролдоо) концепциясын толуктоого карата «alcoholcontrol» (алкоголизацияны контролдоо) кошуу

сунушталган, бул жабыр тартуучунун жалпы абалын оорлотуудан сактоого жана өлүмдү олуттуу төмөндөтүүгө мүмкүндүк берет.

Оорулунун алкогольдук мас абалын оор баш сөөк-мээ травмасы менен болгон планында өтө тобокелдик группасы катары кароо сунушталган, алардын ушундай абалы жабыркоонун оордугун баалообого карата жакын болгондуктан.

Алкоголдук микроангиопатиянын маркеру катары кызмат көрсөтө ала турган, микроциркуляциянын жана эндотелиалдык дисфункциянын параметрлери белгиленген жана баяндалган. Бул параметрлерди учетко алуу жана максаттуу коррекциялоо алкоголизация фонундагы айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы кабылдоону төмөндөтүүгө жана репарация процессин тездетүүгө мүмкүндүк берет. Алкоголизациянын даражасына жана көрүнүктүү жабыркоодогу тамырлардын бузулуусунун клиникалык-функционалдык варианттарын белгилөө оперативдүү кийлигишүүнүн жана фармакотерапиянын мөөнөтүн дифференциациялоого мүмкүндүк түзөт.

Алкоголизация фонундагы иммунологиялык коргоо системасынын ыңгайлашкан жообу жетишсиз болуп эсептелет, анткени нозокомиалдык пневмониянын тобокелдиги көтөрүлөт жана узартылган өтүү агымынын, иммундук коррекциянын зарылдыгына карата шарт түзөт. Прогноздук мааниге ээ болгон, алкоголизация менен байланыштуу болгон айкалышкан травманын фонундагы иммундук жетишсиздиктин абалы белгиленген жана баяндалган.

Диссертациялык коргоого киргизилген негизги жоболор:

1. Алкоголдук интоксикация менен байланыштуу болгон, жабыркоодо системалык патофизиологиялык механизмдер травмалык ооруларды татаалдандат жана өтүү агымын оорлотот, репаративдик процессти кыйындатат жана госпитализациялоо мөөнөтүн узартат.
2. Алкоголизация фонундагы айкалышкан травманын кабылдоо агымын түшүндүрүүчү, алкоголь менен шартталган системалык патофизиологиялык микроциркулятордук, эндотелиалдык жана иммундук дисфункциянын концепциясы.
3. Айкалышкан травматизмдеги алкогольдук колдонууну учетко алуу зарылдыгы: бир эле учурда жабыркоону «damagecontrol» контролдоо концепциясын колдонуу менен практикада травма «alcoholcontrol» регистрин жүзөгө ашыруу негизделген.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын жүзөгө ашыруу. Изилдөө жыйынтыктары Новосибирск ш. МБУЗ «Шаардык клиникалык №2 ооруканасы» (жүзөгө ашыруу акты, 11.09.2014), НУЗ «ст. Ярослав клиникалык жол ооруканасы» (жүзөгө ашыруу акты, 14.09.2014), Кострома ш. саламаттык сактоо Департаменти (жүзөгө ашыруу акты, 06.02.2014), ГБУЗ «Бөлүмдөр ооруканасы» на ст. Иваново ААК РЖД (жүзөгө ашыруу акты, 14.10.2014), ГОБУЗ «Областык клиникалык ооруканасы» Вологда ш. (жүзөгө ашыруу акты, 14.10.2014), ШБОУ ВПО «Ярославск мамлекеттик медициналык академиясы» (жүзөгө ашыруу акты, 04.09.2014),

National Center for Injury Prevention and Safety Promotion Сербия (жүзөгө ашыруу акты, 11.11.2014) иштеринде колдонулат.

Алынган жыйынтыктардын достовердүүлүгү жетишерлик көлөмдөгү клиникалык материалдар менен, изилдөөнүн жыйынтыктарын тыкаттык менен математикалык жактан иштеп чыгуу жана учурдагы статистикалык маалыматтарды колдонуу аркылуу аныкталат.

Изилдөөнүн легитимдүүлүгү «Эл аралык ден соолукту чыңдоо борбору» (№ 07/12 протоколу, 05.09.2016) этика боюнча Илимий-методикалык бөлүмдүн комитетинин чечими менен бекитилген.

Илимий иштин жыйынтыктарынын апробациясы. Диссертациянын негизги жыйынтыктары «Травматологиядагы жана ортопедиядагы каталар жана кабылдоолор» конгрессинде (Омск, 2013), «Политравма» (Ленинск – Кузнецкий, 2013) конгрессинде, «Цивьяновские чтения» (Новосибирск, 2013) конференциясында, «Шашылыш травматология» эл аралык конгрессинде, Леон ш. (Франция, 2013), «Цивьяновские чтения» (Саратов, 2014) конференциясында, «Травма жана шашылыш хирургия» эл аралык конгрессинде (Франкфурт – на – Майне, 2014), Россиядагы травматологдордун жана ортопеддердин X съездинде (Москва, 2014), «Чаклинские чтения» конференциясында (Екатеринбург, 2014), гигиена, эмгектин физиологиясы, экология жана өзгөчө кырдаалдагы коопсуздук боюнча проблемалык комиссиянын кеңири отурумунда (Архангельск ш.) РФ ССМ (№2 протоколу, 19.02.2013), «Илизаровские чтения» конгрессинде (Курган, 2015), «Вреденовские чтения» конгрессинде (Санкт-Петербург, 2015), травматологдордун-ртопеддердин V-чи Евразиялык конгрессинде (Ысык-Көл, 2016), «Илизаровские чтения» конгрессинде (Курган, 2016), XIII-чү Тынч океан медициналык конгрессинде (Владивосток, 2016), «Травма 2016» конгрессинде (Москва, 2016), «Травмадагы медициналык жардам: уюштуруу жана технологиядагы жаңылануулар» конгрессинде (Санкт-Петербург, 2017) баяндалган жана талкууга алынган.

Публикациялар. Диссертациялык иштин материалдары боюнча 48 илимий иш басылып чыккан, анын ичинде 22 макала РФ ВАК журналдарында, 20 макала жана тезистер РИИБ жыйнактарында жана журналдарында, 5 макала Кыргызстан журналында. «**Оор айкалышкан травмадагы өнөкөт алкоголизмдин экспресс-диагностикасынын ыкмалары**» 19.01.2016 ж. - №2016101403/15 (001929) ойлоп табуу патенти алынган.

Автордун изилдөөдөгү жеке салымы изилдөө программасын өз алдынча иштеп чыгуусу жана аны жүзөгө ашырууга катышуусунан турат. Автор тарабынан диагностикалык протокол жана доминацияланган жабыркоого жараша жабыр тарткандарга болгон интенсивдүү терапия иштелип чыккан. Материалды чогултуу жана жыйноодо автордун үлүшү 90% кем эмес, ал эми материалды жалпылоо жана анализдөөдө 100%. Алынган маалыматтарды интерпретациялоону, теоретикалык жана практикалык сунуштарды иштеп чыгууну автор өз алдынча жүргүзгөн.

Диссертациянын көлөмү жана структурасы. Диссертация машиналык текст менен 205 баракта баяндалган, киришүүдөн, 4 бөлүмдөн, тыянактан, практикалык сунуштардан жана 408 илимий адабияттарынан, анын ичинде 242 ата мекендик жана 166 чет мамлекеттик илимий адабияттардын тизмесинен турат. Диссертация 11 сүрөт, 31 таблица менен толукталган.

ИЛИМИЙ ИШТИН МАЗМУНУ

Изилдөөнүн материалдары жана методдору. Коюулган милдеттерди чечүү үчүн травматизмдин статистикалык жана клиникалык анализин камтыган, анын ичинде алкоголизация фону да бар (1 сүр.), изилдөөнүн комплекстүү планы иштелип чыккан, бул патофизиологиялык механизмдердин негизинде дарылоо алгоритминин схемасын жана клиникалык өтүү агымынын прогнозунун математикалык моделин иштеп чыгууга мүмкүчүлүк берди.

Изилдөө объектиси. Айкалышкан травматизмдин мүнөздөмөсүн изилдөө боюнча статистикалык анализи ири өнөр жайлуу борбор, медициналык инфраструктурасы өнүккөн Новосибирск ш. Новосибирскидеги Мамстаткомитеттик бюросунун жана Новосибирск сот медициналык бюросунун жана жеке байкоолордун маалыматтарына байкоолор менен жүргүзүлгөн. 2007-2010 жж. мезгилдеринде Новосибирск ш. Мамстаткомитетинин маалыматтарында баш сөөк-мээ травмасы боюнча 5338 окуясы катталган, алардын 4865 окуясы (91,1%) айрым бөлүнгөн БМТ менен болгон жана 473 (8,9%) айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы менен болгон.

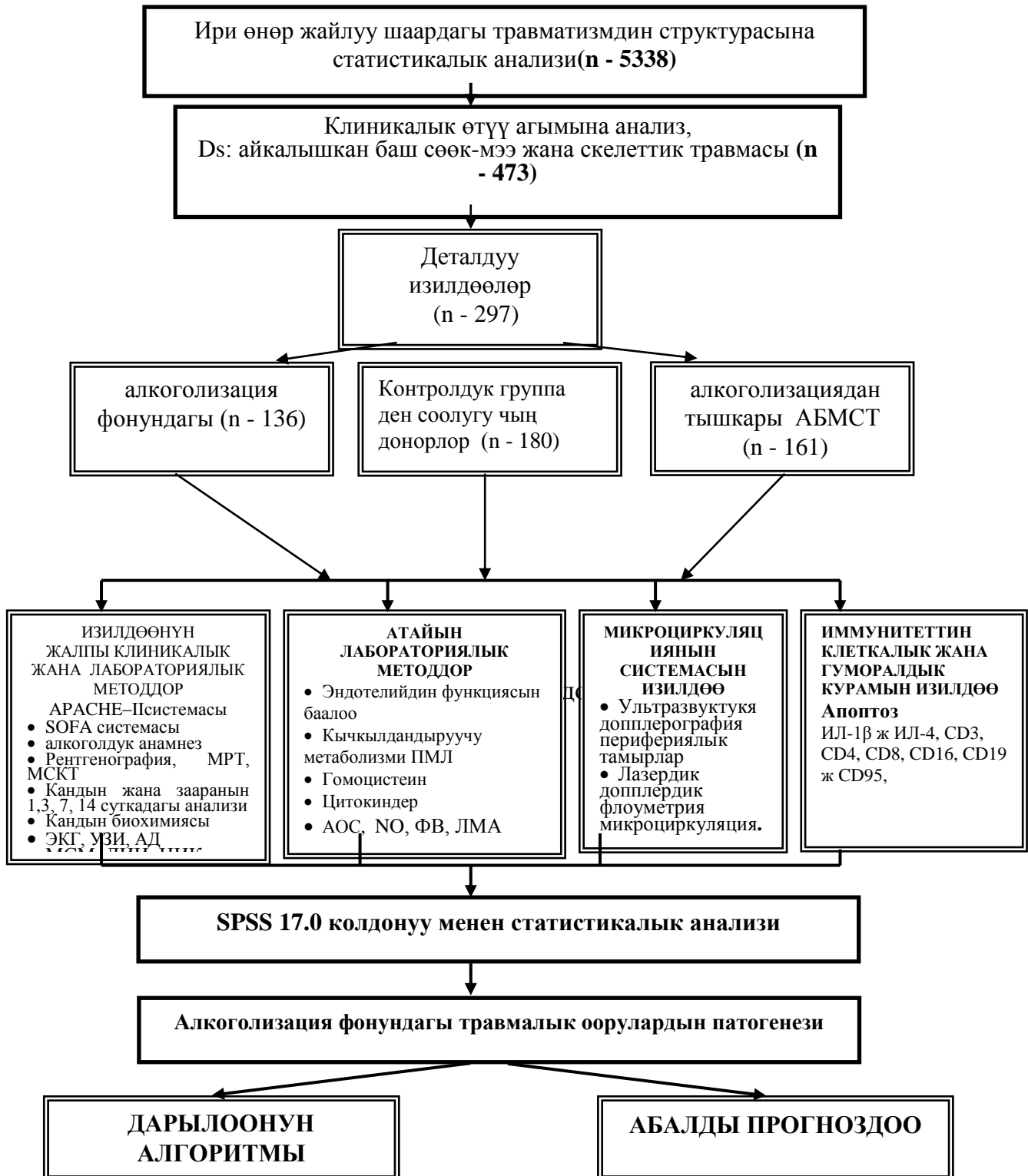
АБМСТ клиникалык өтүү агымынын анализи башкы белгилери боюнча 2009 жылдан 2014 жылга чейинки мезгилде жүргүзүлгөн. 297 айкалышкан травмадан жабыркагандар изилденген, анын 136 адамы (45,8%) алкогольдук мас абалында травма алган, алардын 98 эркектер жана 38 аялдар болгон.

Учурдагы милдеттерге ылайык багыттуу эксперименталдык группа түзүлгөн.

Изилдөөгө киргизилүүчү критерийлер: 1-алкоголдук интоксикация менен болгон жана болбогон АБМСТ жабыркаган чоң адамдар (60 жашка чейинки); 2-анамнезде жүрөк-кан тамыр, өпкө, тамак-аш сиңирүүчү, борбордук нерв жана эндокриндик системаларынын патологиясына көрсөтмөлөрдүн жоктугу; 3-анамнезде иммунопротекторлорду жана глюкокортикоиддик препараттарды кабыл алууга карата көрсөтмөнүн жоктугу.

Изилдөөнүн жалпы клиникалык, лабораториялык жана атайын методдору. Гемодинамикалык көрсөткүчтөрдү баалоо үчүн, жалпыга таанымал болгон изилдөө методдорун колдондук. Артериалдык кан басымды, борбордук веноздук басымды, жүрөктүн жыйрылуу тездигин, гематокритти өлчөө жүргүзүлгөн. Дем алуу функциясын баалоо минутадагы дем алуу кыймылдарынын саны боюнча ишке ашырылган. Анамнез (мүмкүнчүлүк боюнча) алкогольду колдонууга басымдуулук кылуу менен, жабыр тарткандардын жакындарын сурамжылоо, терисин текшерүү аркылуу. Ден соолуктун резервин баалоо-АРАСНЕ-II системасы боюнча

(AcutePhysiologicalChronicHealthEvolution – курч жана өнөкөт өзгөрүүлөрдү баалоо шкаласы) (W.Knausetal., 1985) жана SOFA (Sepsis – relatedOrganFailureAssessments же ScoreSequentialOrganFailureAssessment – организмдин негизги системасынын полиоргандык жетишсиздик даражасын баалоо шкаласы), (VincentJ.L. etal., 1999) боюнча.



Кандын биохимиялык анализи (кальций, фосфор, негиздик фосфатаза, С-реактивдүү белок, этанол, ацетон, ацетальдегид). Стресс гормондору: кортизол, кортикотропин, тиреоиддик гормон (ТГ), тиреотроптук гормон (ТТГ). Алкоголдун системалуу колдонулуусун мүнөздөөчү ферменттер: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспаратаминотрансфераза (АСТ), гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТП).

Рентгенография, магниттик-резонанстык томография (МРТ) жана мультиспиралдык компьютердик томография (МСКТ).

Микроциркуляциялык абалдын анализи – лазердик доплердик флоуметриялык (ЛДФ) методу, тамыр жана кан агымдар багытындагы абалдын анализи – түстүү жана энергетикалык картага түшүрүү агымындагы ультроүндүк доплерография методу. Кандын сары суусунда «PhoenixPharmaceuticalsInc.», RIA 1217 (ЛКБ, Швеция) компаниясынын стандарттык наборунун жардамы менен эндотелин-1 аныктоонун радиоиммундук методу.

Кан алуу оорулу стационарга келип түшкөндө (1 изилдөө), 3 суткада (2 изилдөө), 7 суткада (3 изилдөө) жана 14 суткада (4 изилдөө) жүргүзүлгөн терапияда ишке ашырылат. Ар бир пациенттен веналык каны (10 ед/мл) гепарин менен, иммундук клеткалык жана гуморалдык чынжырчасынын иммуноферменттик методу аркылуу, ProCon («Протеиновый контур», С.-Петербург, Россия) реагенттеринин жана «Вектор- БЕСТ» ААК стрип өндүрүш ишканасынын IgA, IgM, IgG- тест-системаларын колдонуу менен баалоо үчүн алынган. Веналык кандан гепарини жок сары суусу алынган. Кандын сары суусу МСМ, ЦИК, ЛИИ деңгээлин баалоо, цитокиндер (ИЛ-1 β и ИЛ-4), иммунорегулятордук клетканын: CD3, CD4, CD8, CD16, CD19 жана CD95 деңгээлин аныктоодо, ошондой эле клиникалык-биохимиялык изилдөөлөр үчүн колдонулган. Иммундук статусту баалоо моноклоналдык антителанын (ТОО «Сорбент», Москва) жардамы менен, агымдык цитофлюориметрия (FACScan, BectonDickinson) методу аркылуу лимфоциттердин ар кандай субпопуляциясынын салыштырмалуу жана абсолюттук өлчөмүн аныктоону камтыган. Мындан тышкары апоптоздук (CD95) рецепторлордун экспрессиясын токтотуу даражасын аныкталган.

Микроциркуляциянын лазердик доплердик флоуметриясы лазердик анализатордо капиллярдык кан агымынын ылдамдыгын инвазивдик эмес өлчөө жана ар кандай паталогиялык процесстерде ткандардын жана органдардын микроциркуляциялык абалынын диагностикасы үчүн капиллярдагы кан агымынын (ЛАКК-01) үстүртөн болгон ылдамдыгында аткарылган. Кандын сары суусунда NO аныктоо спектрофотометриялык ыкмада (Ignarro L. G. et al., 1987) жүргүзүлгөн. Эндотелин-1 кандын сары суусунда аныктоо «PhoenixPharmaceuticalsInc.», RIA 1217 (ЛКБ, Швеция) компаниясынын стандарттык наборунун жардамы аркылуу радиоиммундук методу аркылуу жүргүзүлгөн. Гомоцистеинемиянын деңгээлин кандын сары суусунда баалоо «DGRInternarionalinc.» (Германия) стандарттык набордун жардамы менен аткарылган. Кандын лейкоциттеринин жөндөмдүүлүгүн баалоо үчүн кычкылтектин активдүү формасын иштеп чыгууда люминолдук-

көз каранды болгон хемилюминесценттик методу (Топо-Окаета., 1989; Цырендоржиев Д. Д. б.авт., 1992) «СКИФ-0301» биохемиллюминетрде (СКТБ «Наука», Красноярск, Россия) колдонулган. Оорулунун жана донорлордун сары суусундагы лейкоцит-модуляциялоочу активдүүлүктү (ЛМА) аныктоо хемилюминесценттик методу аркылуу (Маянский Д. Н., Цырендоржиев Д. Д. жб., 1996) жүргүзүлгөн. Апоптозага (Апо) тийиштүү жана нейтрофилдердин (Нф) некроттук өзгөрүүлөрүн аныктоо Романовск – Гимзе боюнча боёлгон, вена канынын жука сүртүндүсүндө, алдын ала кондицияланган вена каны жарык микроскоп жолу менен А.В. Седых (Нестеренко А.Н., 2007) иштеп чыккан методика боюнча жасалган. Токоферолду жана анын метаболиттерин аныктоо анализи үчүн жогорку эффективдүү суюктук хроматографиясы колдонулган. Кандын плазмасындагы Виллебранда факторун сандык анализдөө фотоэлектроколориметриялык методу (Баркаган З. С., Момот А. П., 1999) менен жүргүзүлгөн.

Алынган жыйынтыктарды статистикалык жактан иштеп чыгуу методдору.

Алынган материалдарды статистикалык жактан иштеп чыгуу персоналдык компьютерде, статистикалык StatSoftStatistica 6.0, 2000 пакеттик программасын колдонуу менен ишке ашырылган. Вариациялык статистика методунун жардамы менен арифметикалык орточосу (M), анын катасы ($\pm m$), ар кандай деңгээлдеги мааниде (p) Стьюдент критерийи (t) аныкталган. Достовердүү болуп $p < 0,05$ болгондогу жыйынтыктар эсептелинген. Аз сандагы тандоолорду салыштыруу үчүн параметрлик эмес Вилкинсона-Манна-Уитни методу колдонулган.

ИЗИЛДӨӨНҮН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ ТАЛКУУЛОО

Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын клиникалык-статистикалык анализи (Новосибирск ш. үлгүсүндө). 2007-2010 жж. мезгилинде Новосибирск ш. Мамстатком бюросунун маалыматтары боюнча баш сөөк-мээ травмасы менен болгон 5338 окуя катталган, алардын 4865 (91,1%) окуясы бөлүнгөн БМТ менен, 473 (8,9%), айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы (АБМСТ) менен болгон. Эркектер 77,2% (365 адам) жана аялдар - 22,8% (108 адам) түзкөн. Пациенттердин келип түшкөн убактагы алкогольдук мас абалда болгондордун басымдуулугун эркектер (89,1%), түзкөн, аялдар – 10,9% болгон. Жабыр тарткандардын орточо жашы $42,9 \pm 0,56$ жаш болгон. Эркектер менен аялдардын катышы 7:2.

2007-2010 жж. мезгилдеги АБМСТ себептери боюнча атайын жабыркоолор (38,3%) жана транспорттук-жол окуялары (39,1%) басымдуулук кылган, эң азы өндүрүштүк травма (5,1%), жана спорттук травма (0,6%) болгон. Эркектердин арасында атайын жабыркоолор АБМСТ себеби катары 164 окуяда (44,9%), автожол травмасы 124 окуяда (34%), аялдар арасында автожол травмасы 61 окуяда (56,5%) жана үй тиричилик травмасы - 20 окуяда (18,5%) байкалган.

473 айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандардын 200 адамы алкогольдук мас абалда (42,3%), 5 адам – баңги заттарындагы мас балда (1,1%) жана 268 мас эмес абалда (56,7%) болгон. Алкоголдук масс абалдагы жалпы жабыркагандардын санынан 172 (86%) эркектер, 28 (14 %) аялдар.

Жабыркагандардын көпчүлүгү, 171 адам (87,5%) алкогольдук мас абалдагы жаш (20-39,9 жаш) жана орто (40-59,9 жаш) жаштагы адамдар болушкан. Эң азы 15-19,9 жаш группасындагы адамдар - 11 адам (5,5%) жана 60 жаштан жогору – 18 адам (9%) болгон. Ар кандай жаш группадагы эркектер менен аялдардын катышы: 15-19,9 жаш - 1,6: 1, 20-39,9 жаш - 1,2: 1, 40-59,9 жаш - 1,6: 1 жана 60 жаш жана андан жогору - 1:3 түзкөн.

Изилдөөгө алынган травманын структурасы төмөнкүчө көрсөтүлгөн. 473 окуяда 382 окуясы (81,8%) жабык БМТ жана 91 окуясы (18,2%) – ачык БМТ, эркектерде ачык БМТ үлүшү аялдарга (23,9% жана 17,7% карата) караганда көп болгон. Ачык БМТ үлүшү (АБМСТ курамында) 15-19,9 жаш группасында 22,7% (10 адам), 20-39,9 жаш группасында – 21,3% (43 адам), 40-59,9 жаш группасында – 19,3% (32 адам), 60 жаш жана андан жогорку группада – 9,8% (6 адам) түзкөн. 180 АБМСТ (38,1%) менен болгон окуяда оор БМТ диагносу коюулган, жеңил – 293 окуяда (61,9%). Жеңил БМТ – бул баш мээнин чайкалуусу (246 окуяда, 83%) жана оордуктун жеңил даражасындагы кокустатуу (47 окуя, 17%). Жеңил БМТ негизги клиникалык пайда болуусу диффузиялык баш оорусу, тахикардия жана вегетативдик туруксуздук болгон. 199 адамда (67,9%) жеңил БМТ баш сөөктүн линиялуу сыныгы менен болгон. Оор БМТ орто оордук даражадагы баш мээнин кокустатуусун 35 окуя (19,5%), оор даражаны - 34 окуя (18,6%), мээнин ички баш сөөк гематомасынын компрессиясын – 16 окуя (8,7%) түзкөн. Аялдарда жеңил БМТ үлүшү эркектерге караганда жогору болгон. Баш мээнин компрессиясынын тез-тез болуусу: ТЖК 37,5%, криминалдык травмада 20,8% жана үй тиричилик травмада 16,7% окуя. Алардын 37 окуясы – ички баш сөөк гематомасынын компрессиясында, 2 окуяда – сөөктүн сынык кертигинде, 2 – гидрома жана 7 – сөөктүн керттик сыныгы жана гематома менен бирдиктеги кысууда байкалган.

Баш сөөктүн сыныгы АБМСТ 473 окуясындагы 136 пациентте (28,8%) белгилүү болгон, алардын 44 окуясында - линиялык сынык, 9 окуяда – концентрациялык басылуу, 83 – баш сөөктүн негизи сынган. Баш сөөктүн негизи сынган учурда ликворея 29 окуяда байкалган. Клиникага келгенде баш мээнин чайкалуусу менен болгон пациенттердеги аң сезимдин сакталуусу 79,6%, кокустатуунун жеңил даражасы – 34,2%, орто даражадагы кокустатуу – 12,9%, оор кокустатуу - 1,2% байкалган.

473 жабыркоочуларда 613 скелеттик сөөктүн сыныгы диагносу коюулган, орточо 1,3 сынык 1 пациентке. Скелеттик сөөк сыныктарын локализациялоо травмадагы жабыркоо механизмдерине жараша болгон.

Көрсөтүүлөрдүн болушуна жана жабыркоочунун оордук абалына жараша, БМТ хирургиялык дарылоо стационарга келгенде биринчи 3-6 саатта же кечирээк толук көлөмдө жүргүзүлгөн. БМТ дарылоодогу хирургиялык

активдүүлүк АБМСТ менен болгон пациенттерде 38,7% түзкөн. Баардык хирургиялык кийлигишүүдө биринчи хирургиялык жараны тазалоо басымдуу (74,5%) болгон. БМТ боюнча оперативдүү кийлигишүү АБМСТ пациенттерде клиникага келгенден кийин 90,9% окуяда 6 саатка чейин аткарылган. Травмадан кийин, 6 саатка чейин БМТ боюнча оорулулардын 83,7% операция жасалган. Скелеттик травма боюнча операция артыкча биринчи 24 саатта жашоодогу эң маанилүү эреже катары 68,4% оперативдик кийлигишүүлөр жүргүзүлгөн. Байкоолор көрсөткөндөй АБМСТ менен болгон пациенттерди дарылоонун ийгилиги ТЖК болгон учурда атайын медициналык жардам көрсөткөнгө чейинки убакытка жараша болот.

Новосибирск ш. алынган материалдар боюнча айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы өлүм. АБМСТ жогорку өлүмдүүлүк менен мүнөздөлөт, анын себептеринин бири травманын оордугу болуп саналат. Көбүрөөк өлүм эмгекке жарамдуу, 21-40 жаш куракта болгондугу байкалат. Улгайып калган жаштагы адамдардагы АБМСТ көбүрөөк пайызы - 21% өлүм менен аяктайт. Эркектердин өлүмү аялдардан 2-2,5 эсе жогору, бул травма учурундагы алкогольдук мас абал менен же анемнездеги өнөкөт алкогольду колдонуу менен байланыштуу. Окуя болуп өткөн жердеги жана стационарга бараткан жолдогу өлгөндөрдүн үлүшү АБМСТ болгон өлүмдүн жалпы санынын 58,6% түзкөн. Окуя болуп өткөн жердеги өлгөндөрдүн арасынан транспорттук травма - 61,78 % биринчи орунду ээлейт. Алардын ичинен автотранспорттук травма - 89,5 % басымдуулук кылат. АБМСТ өлүм себебинин анализи, жалпысынан алардын негизги себеби транспорттук травма болуп саналарын көрсөттү жана транспорттук травмада өлүм 31,3% жетет. Жөө жүргүнчүлөр автомобилдин ичиндеги жабыркагандарга караганда 2,45 эсе көбүрөөк өлүшкөн. Автотранспорттук травмадан ошол жерде өлгөндөрдүн арасындагы, мурунку алкогольдук мас абалдагы адамдардын үлүшү 43,2% түзөт.

473 АБМСТ жабыр тарткандардын өлүмү 64 (13,5%) белгиленген, алардын 63,6% травма алган учурда алкогольдук мас абалда же алкогольдук өнөкөт колдонуу анамнезине ээ болушкан. Айыгып чыккандар 16 (3,4%), убактылуу эмгекке жөндөмдүүлүгүн жоготуу менен 365 (77,2%), туруктуу эмгекке жөндөмдүүлүгүн жоготуу (майыптык) менен 28 адам (5,9%).

Алкоголдук мас абалда алган айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын клиникалык өтүү агымынын өзгөчөлүгү.

2009-2011 жж. айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы (АБМСТ) менен болгон, Новосибирских клиникасынын нейрохирургиялык бөлүмүнө түшкөн 282 пациенттин оору тарыхы анализденген, 211 эркек (74,8%; 95% ДИ: 69,7 – 79,9) жана 71 аял (25,2%; 95% ДИ: 20,1 – 30,3), 19 жаштан 84 жашка чейин (орточо курак 41,5 жаш). Алкоголдук мас абал 137 (48,6%; 95% ДИ: 42,8 – 54,1) адамда, кандын анализинин жыйынтыгындагы алкогольдук өлчөмүнүн негизинде аныкталган. АБМСТ менен болгон пациенттердин алкогольдук мас абалда түшкөндөрдүн 41 (29,9%; 95% ДИ: 22,3 – 37,6) травманы үй тиричилигинде (8 адам/5,8% – кулап түшүү, 26 адам/19% – кол салууларга, 7 адам/5,1% – бийиктиктен кулап түшкөн), 77 (56,2%; 95%

ДИ: 47,9 – 64,5) ТЖК жабыр тарткан; 19 (13,9%) окуяда травманын шарты белгисиз болуп калган. АБМСТ менен болгон 145 пациенттин 42 (28,0%; 95% ДИ: 21,6 – 36,4) клиникага масс эмес абалда түшүп, травманы үй тиричилигинде алган. Алардын ичинен 14 адам/9,6% – бийиктиктен кулап түшкөн, 27 адам/18,2% – кол салууларга дуушар болгон, 1 окуяда/0,7% спорттук травма алган, 87 (60,0%; 95% ДИ: 52,0 – 68,0) ТЖК жабыркаган, 16 (11%; 95% ДИ: 5,9 – 16,1) окуяда – травма өндүрүш ишканада болгон.

Алкоголдук интоксикация абалындагы, АБМСТ өтүү агымынын өзгөчөлүгүнүн анализи мас эмес абалында травма алган пациенттердеги АБМСТ өтүү агымы менен салыштыруу формасында жүргүзүлгөн. Төмөнкү белгилер анализденген: АБМСТ оордук даражасы, скелеттин жабыркаган тармагы, ички баш сөөк гематоманын болушу, көлөмү жана саны, травмалык субарахноидалдык кан куюлуу, келип түшкөндөгү аң-сезимдин абалы, жалпы мээ, симптоматикалык жеринин болушу, патологиялык симптомдордун көрүнүктүүлүгү жана убагы, психопатологиялык симптоматиканын болушу, оперативдик кийлигишүүнүн түрү, баш мээнин шишик түрүндөгү кабылдоосу, ооруканада жаткан күндөрүнүн саны.

Келип түшкөндө алкогольдук мас абалында болгон пациенттерден эркектер басымдуулук кылган - 122 (89,1%; 95% ДИ: 83,8 – 94,3) адам. Алардын 55 (45,1%; 95% ДИ: 36,3 – 53,9) адамы мас абалдын жеңил жана орточо оордугунда болушкан, 67 (54,9%; 95% ДИ: 46,1 – 63,7) адам – оор жана өтө оор алкогольдук мас абалда болгон.

Кандагы алкогольдун өтө жогорку концентрациясы өтө оор баш сөөк-мээ травмасы менен байланыштуулуктагы мыйзам ченемдүүлүктөр аныкталган. Ошентип, оор АБМСТ учурундагы оор жана өтө оор мас абалдын тездиги жеңил травмадагыга караганда жогору болгон.

Алкоголдук интоксикация менен болгон пациенттердеги өлүм 8,7% түзкөн, ал эми мас эмес адамдарда 2,7%, жана айрыма 3,2 эсе мааниде ($\chi^2 = 13,53$; $df = 1$; $p < 0,001$). Алардын 10 (83,3%; 95% ДИ: 62,2 – 104,4) адамында оор жана өтө оор алкогольдук мас абалы айтылган. Скелеттин жабыркоосу учурко алынбаган оор БМТ 28 (20,4%; 95% ДИ: 13,7 – 27,2) алкогольдук – позитивдүү пациенттерде мас эмес абалда келип түшкөн 17 (11,7%; 95% ДИ: 6,5 – 17,0) пациенттерге ($\chi^2 = 3,99$; $df = 1$; $p = 0,045$) караганда 1,7 эсе көбүрөөк байкалган. Баш сөөктүн ачык сыныгы менен болгон 19 (13,9%; 95% ДИ: 8,0 – 19,7) алкогольдук-позитивдүү пациенттердин арасында, 3 (2,1%; 95% ДИ: 0,25 – 4,4) мас эмес абалдагы пациенттерге караганда 6,6 эсе тездикте байкалган. АБМСТ менен болгон жабыркагандардын алкогольдук мас абалдагы аң-сезиминин бузулуусу өтө оор болгон. Жабыркоонун оордугу боюнча бирдей болгон, мас эмес 6 (4,1%; 95% ДИ: 0,9 – 7,4) пациентке салыштырмалуу алкогольдук мас абалдагы 34 (24,8%; 95% ДИ: 17,6 – 32,1) пациент кома абалында болгон жана 6 эсе айрыма ($\chi^2 = 24,75$; $df = 1$; $p < 0,001$) белгиленген. Горизонталдык нистагм эки тарапта тең, мас эмес абалдагы 32 (22,1%; 95% ДИ: 15,3 – 28,8) жабыркоочуда, ошол эле учурда алкогольдук позитивдүү пациенттердин 60 (43,8%; 95% ДИ: 35,5 – 52,1) байкалган.

Айкалышкан алкогольдук интоксикация жана АБМСТ ички баш сөөк гематоманын жана травмалык субарахноидалдык кан куюлуунун пайда болуусуна алып келет. Алкоголдук мас абалында келип түшкөн жабыр тарткандарда курч субдуралдык гематома 18,2% окуяда (25 адам), ички мээ гематомасы 7,3% окуяда (10 адам), травмалык субарахноидалдык кан куюлуу – 15,3% (21 адам), ошол эле учурда мас эмес абалдагы адамдарда бул көрсөткүчтөрдүн мааниси 4,1% (6 адам), 2,1% (3 адам) жана 8,3% (12 адам) туура келген. Ошондой эле курч ички баш сөөк алдындагы гематома алкоголь позитивдик пациенттерде (10 адам/7,3%) мас эмес пациенттерге (6 адам/4,1%) караганда көбүрөөк кездешет. Алкоголдук мас абалында травма алган пациенттер көбүрөөк даражада көптөгөн ички баш сөөк гематоманы пайда кылууга жакын келет: биздин изилдөөлөрдө мындай ооруларды 12 (8,8%; 95% ДИ: 4,0 – 13,5) адам түзкөн, ошол эле учурда мас эмес пациенттердин арасында гематома 6 (4,1%; 95% ДИ: 0,9 – 7,4) белгиленген.

КТ маалыматы боюнча пайда болгон гематоманын орточо көлөмү алкоголь-позитивдүү пациенттерде орточо аралашуу структурасы мас эмес абалдагы пациенттерге (100 мл) караганда аз (75 мл) болгон. Алкоголь-позитивдүү пациенттердин 25 (18,3%; 95% ДИ: 11,8 – 24,7) өлүмгө алып келүүчү баш мээнин шишиги өрчүгөн. Мас эмес абалдагы пациенттердин арасында баш мээ шишиги 9 (6,2%; 95% ДИ: 2,2 – 10,1) жабыркоочуларда пайда болуп, алардын төртөө өлгөн. Баш мээ шишиги басымдуулук кылган алкоголь-позитивдүү пациенттерде статистикалык маанидеги ($\chi^2 = 9,63$; $df = 1$; $p < 0,001$) группалар ортосундагы көрсөткүчтөрдүн айрымасы 2,9 эсе болгон.

Алкоголдук мас абалда травма алган 22 пациентке операция жасалган: 4 операция (18,2%) кеңейтилген фрезердик тешикти коюу боюнча, 8 окуяда (36,4%) резекциялык трепанациясы, 10 (45,5%) – декомпрессиондук трепанациясы жасалган. Бөлүмгө мас эмес абалда келип түшкөн пациенттердин арасында 46 (31,7%; 95% ДИ: 24,1 – 39,3) адамга операция жасалган, 20 (43,5%) – фрезердик тешик коюулду, 18 (39,1%) – резекциялык трепанациясы, 8 (17,4%) – декомпрессиондук трепанациясы жасалган.

Алкоголь-позитивдүү жана мас эмес абалдагы пациенттер стационарга келип түшкөндөн кийин тийиштүү орточо 4,5 жана 1,5 суткадан кийин операция жасалган, бул алкоголь-позитивдүү пациенттердеги травманын оордук даражасын баалоодо жөнүндө, же ички баш сөөктөгү гематоманы пайда кылуусуна карата жакындыгы жөнүндө күбөлөндүрөт.

Алкоголдук мас абалда алган баш мээ травманын өтө оор өтүү агымы дарылоонун мөөнөтүнүн узак болушун шарттайт. Алкоголь-позитивдүү пациенттердин стационардагы өткөргөн койкадагы күнүнүн орточо саны мас эмес абалдагы жабыркагандардын кадимки көрсөткүчтөрүнөн жогору, орточо 23,6%. Ошентип, травма алган учурдагы алкогольдук мас абал прогнозду олуттуу оорлотот.

Алкоголь үчүн иммундук система кризистүү бута болуп саналат, бул анын аркандай курамындагы бузулууларында көрүнөт. АБМСТ жана алкоголизациянын фонунда өрчүгөн иммундук бузулуулар өзү менен кошо иммундук системанын депрессия менен болгон полиоргандык

жетишсиздиктин оор курамдык бөлүгүн көрсөтөт, өз кезегинде бул көпчүлүк жабыркагандардын арасында (Kawasaki et al., 2004) өлүмдүн негизги себептеринин бири болушу мүмкүн. Ошентип, травмалык оорунун өтүүсүндө алкогольдук проблемасы жок адамдардын 32% окуясында, ал эми анамнездеги алкогольдук проблемасы жок адамдардын 56% окуясында, травманын оордук даражасы бирдей учурда нозокомиалдык пневмониясы кабылдоого учураган, бул статистикалык жактан достовердүү ($p < 0,001$). Ушуну менен, алкогольдук анамнез (АА) менен болгон адамдардагы пневмониянын өтүү агымы узагыраак болгон, бул болжол менен алкогольду ченемсиз колдонуунун негизинде келип чыккан, иммундук механизмдердин дисфункциясына байланыштуу болушу мүмкүн. Бул божомолду текшерүү үчүн, макерлордун токсикологиялык деңгээлинин өзгөрүү анализи боюнча изилдөөлөр жүргүзүлгөн: орточо массанын молекуласы (МСМ), интоксикациянын лейкоцитардык индекси (ЛИИ) жана келип түшкөн учурдагы циркуляциялык иммундук комплекси (ЦИК) жана анамнездеги алкогольдук проблеманын болушуна жараша АБМСТ менен болгон пациенттерде жүргүзүлүп жаткан терапиянын динамикасындагы кабылдаган нозокомиалдык пневмония.

Изилдөөгө кабылдоого учураган нозокомиалдык пневмониясы менен болгон АБМСТ 62 пациент киргизилген. Изилдөөгө алынган оорулардын жашы 28 жаштан 50 жашка чейин жеткен, орточо $34 \pm 1,6$ жашты түзкөн.

Нозокомиалдык пневмониянын өсүү узактыгы 48ден 96 саатка чейин жеткен, орточо 48,2 саатты түзкөн. Баардык пациенттер эркектер болгон. Макерлордун токсикологиялык баштапкы деңгээлин изилдөө бул көрсөткүчтөрдүн жогорулоосун аныктады, өзгөчө АБМСТ, алкогольдук анамнези (АА) менен болгон ооруларда (1табл.).

АБМСТ, мындан ары кабылдаган нозокомиалдык пневмониясы менен болгон ооруларда жүргүзүлгөн терапиянын фонунда маркерлордун токсикологиялык деңгээлинин динамикасын баалоо алкогольдук оор абалдагы группада алардын төмөндөөсү жай жүрөт, орточо 23,6% - 42,3%.

Ошондой эле анамнездеги алкогольдук проблемага жараша АБМСТ, кабылдаган нозокомиалдык пневмониянын патогенезиндеги иммундук жооптун иммундук сезгенүү процесстеринин, жөнгө салуучу-клеткалык жана гуморалдык механизмдердин ролу каралган. 7 суткада жана 14 суткада жүргүзүлгөн терапиянын дарылоо фонунда CD3, CD4, CD8, CD16, CD19 жана CD95 иммунорегулятордук клеткалардын деңгээлинин динамикасына изилдөөлөр жүргүзүлгөн.

1 Таблица- Нозокомиалдык пневмониянын өрчүү учурундагы макерлордун ууландыруу деңгээли

Көрсөткүчтөр	Контролдоо, дени сак донорлор n=180	Оорулар СЧМСТ, АА менен болбогон n=32	Оорулар СЧМСТ АА менен n=30
МСМ, ш.б.	$0,268 \pm 0,003$	$0,392 \pm 0,070^*$	$0,405 \pm 0,020^*$
ЛИИ, ш.б.	$0,8 \pm 0,2$	$3,30 \pm 0,71^{**}$	$3,70 \pm 0,82^{**}$

ЦИК, ш.б.	58,76±0,48	110,60±0,64*	117,80±0,71*
-----------	------------	--------------	--------------

Эскертүүлөр: *- $p < 0,05$ контролдук чени менен салыштыруу боюнча
 ** - $p < 0,01$ контролдук чени менен салыштыруу боюнча

Травма алган пациенттин анамнездеги алкоголизациясы өрчүгөн нозокомиалдык пневмониядан организмди натыйжалуу коргоо үчүн керек болгон жетишерлик антителаны түзүү деңгээлине терс таасир берери көрсөтүлгөн. Алкоголду колдонуудан оорлогон, травмалык оорусу бар адамдар үчүн мүнөздүү иммундук жетишсиздик абал иммундук системанын гуморалдык тобундагы жетишсиздикте эле эмес, иммуноглобулиндердин деңгээлинин олуттуу төмөндөөсүндө да берилет, бирок ошондой эле иммунитеттин курамдуу клеткалык бөлүктүн жетишсиздигинде да.

АБМСТ менен болгон, алкогольду үзгүлтүксүз колдонгон жабыркагандардагы апоптоздун пайда болуусуна баалоо жүргүзүлгөн. Анамнездеги алкоголизм, АБМСТ менен болгон пациенттердеги жана ден соолугу чың адамдардагы нейтрофилдердин жана лимфоциттердин апоптозасынын морфологиялык белгилери бааланган, алкоголизм менен травма алган ооруларда жана дени сак жабыр тарткан адамдардагы CD95 апоптозасынын рецепторунун экспрессиясы изилденген, алардагы апоптоз көрсөткүчтөрү менен өз ара байланышын аныктоо максатында гормондор кортизол жана дегидроэпиандростерон сульфаттынын деңгээли аныкталган.

Алкоголизмдин белгилери (1 гр.) менен болгон, травма алган адамдардын сүртүндүсүндөгү нейтрофилдердин спонтандык апоптозасынын деңгээли байкоого алынган, алкоголизмдин белгиси жок жабыркагандарда (2 гр.), $0,91 \pm 0,14\%$ жана $0,39 \pm 0,12\%$ ($p < 0,05$) ылайык, достовердүү айрымаланган.

1 группадагы адамдарда CD95 ($16,9 \pm 0,3\%$, $11,6 \pm 0,3\%$, $p < 0,05$) рецепторунун экспрессиясынын жогорулоосу аныкталган. Кандын сүртүндүсүндөгү цитологиялык анализи 1 группадагы адамдарда лимфоциттердин спонтандык апоптоздук деңгээли $5,6 \pm 0,7\%$ болгондугун (ден соолугу чың контролдук группадагы адамдарда $0,9 \pm 0,2\%$, 2 группадагы адамдарда $2,4 \pm 0,4\%$, $p < 0,001$) көрсөттү. Лимфоциттердин апоптозасын реализациялоо индекси, тактап айтканда жалпы клеткалардын санынан апоптозанын морфологиялык белгиси менен болгон клеткалардын пайыздык үлүшү алкоголизм менен болгон оорулардагы апоптозага карата экспрессиялык рецепторлордун даярдыгы нормадан достовердүү жогору ($16,8 \pm 2,4\%$, контролдо - $7,7 \pm 1,6\%$, $p > 0,05$). Бул белги травма алган пациенттердеги алкогольдук проблемалардын макерлорунун бири болуп саналышы мүмкүн.

АБМСТ+АА менен болгон ооруларда дени сак адамдарга салыштырмалуу достовердүү CD95 рецепторунун күчөтүлгөн экспрессиясы жана апоптозанын морфологиялык белгилери менен болгон лимфоциттердин жана нейтрофилдердин санынын өсүшү аныкталды. АБМСТ+АА менен болгон ооруларда контролдук группага салыштырмалуу статистикалык маанидеги кортизолдун деңгээлинин көтөрүлүшү аныкталган. Алкоголизмдеги

картизолдун концентрациясы менен болгон апоптоза макеринин экспрессиясынын корреляциясы далилденди. ДГЭАС деңгээли достовердүү айрымаланбайт, ал эми ДГЭАС/кортизолдун катышы дени сак адамдардын группасынын маанисине салыштырмалуу статистикалык жактан олуттуу төмөндөгөн.

Алынган маалыматтар айкалышкан травма алган адамдарда патогенетикалык механизмдер алкогольдук оордукка жараша өзгөчөлүккө ээ болгондугун болжолдоого мүмкүндүк берүү менен клиникалык өтүү агымына өзүнүн таасирин калтырат жана дифференциацияланган терапевтик ыкманы шарттайт.

Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын курч мезгилиндеги микрогемоциркуляциялык абалы травмалык оорулардын курч мезгилинде, АБМСТ ар кандай (оор жана оордуктун орточо даражасы) оордугундагы, 23-58 жаш курактагы, 64 жабыркаган эркектерди байкоого алуунун натыйжасында изилденген, алардын 26 адамы (40, 6%) алкогольдук интоксикациялык абалда келип түшкөн. Контролдук группаны дени сак, өз эрки менен макул болгон 30 адам түзкөн. 3 минутанын ичинде, пациенттин алаканынын үстүнкү бетиндеги дисталдык жердеги колдун 3-4 манжаларында кан айланууну жазуу жүргүзүлгөн. Андан ары доплерограмма микроциркуляциянын параметрлеринин орточо маанисин (M), орточо квадраттык катасын жана вариация коэффициентин (Kv) эсептөө менен компьютерде иштетилген.

АБМСТ жабыркагандарда биринчи суткада перфузиянын орточо чоңдугу (M=7,35 бирд.) азайгандыгы, ошондой эле контролдук группага салыштырмалуу орточо квадраттык ката 0,29 бирдикке гана жетип, 2 эсеге төмөндөгөнү белгиленген. Ушуга жараша орточо 4,52% түзкөн вариация коэффициенти да төмөндөгөн. Перфузиянын орточо чоңдугунун (6,22 бирд. чейин) олуттуу төмөндөгөндүгү алкогольдук интоксикация абалындагы айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы менен болгон жабыркагандарда белгиленген. Орточо квадраттык ката аларда 0,26 бирд. жогорулаган эмес, ушуну менен бирге вариация коэффициенти 3,23% түзкөн. Оор травмадан жабыркагандардагы микрогемоперфузиянын бузулуу түрүн стаз жана паралич катары аныктоого болот.

АБМСТ менен болгон жабыркоочулардагы кан агымынын (ылдамдыктагы, доплердик ийри сыз.) гемодинамикалык параметрлерин изилдөөдө перфузиянын орточо чоңдугунун достовердүү төмөндөгөндүгү аныкталды, ошондой эле гипоперфузия фазасында анын модуляциясынын борбордук дагы, жергиликтүү механизмдери да бузулат. Алкоголдук мас абалында оор травмадан жабыркагандарда стаз жана паралич түрүндө микрогемоперфузиянын индекси $6,22 \pm 0,31$, бул контролдук группага ($p < 0,05$) караганда достовердүү төмөн. Ткандык перфузиянын төмөндөөсү микрогемоперфузиянын жергиликтүү регуляциясынын функционалдык резервинин 32,4% азаюусу жана пассивдүү регуляциянын механизмдерин 54,3% басылуусу менен байланыштуу.

Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы эндотелиалдык дисфункция. Эндотелийдин тамырлардын тонусун регуляциялоочу, клеткалык өз ара аракеттерин, гемостазаны колдоо, пролиферациялоо процесстеринде, ошондой эле сөөктүн репарациялык процессиндеги маанилүү ролун эске алуу менен эндотелийдин функционалдык абалы бааланган, АБМСТ курч мезгилиндеги лейкоцитардык-эндотелиалдык өз ара аракеттер, кычкылдануу-метаболизмдик факторлору, прооксиданттык жана антиоксиданттык катышы, цитокиндик активдүүлүк изилденген. Көпчүлүк авторлор эндотелиал-вазодилатациялык көз крандылык бузулууларын азоттун кычкылы – NO (Rubanyı G. M., 1999) катары окшош болгон релакциянын эндотелиалдык фактору менен байланыштырат. Бул заттын деңгээлинин төмөндөөсү эндотелийдин зыян тартуусу же NO кычкылтектин реактивдүү метаболити аркылуу токтотуу менен шартталган. Алкоголизация фонундагы АБМСТ менен болгон жабыркагандардын канынын сары суусундагы NO баалоо жыйынтыгына анализ жүргүзүлгөн. NO релаксациясынын эндотелиалдык факторунун изилденүүчү чоңдугунун достовердүү айрымасы аныкталды, АБМСТ+АА менен болгон оорулардын группасындагы NO көрсөткүчү алкогольдук оордук келтирүүсү болбогон ($p < 0,05$) АБМСТ менен болгон оорулардын группасына караганда достовердүү 1,7 эсе төмөн болгон.

Алкоголизация фонундагы айкалышкан травмада эндотелин-1 изилденген. АБМСТ жабыркагандардын арасында эндотелин-1 деңгээли кандын сары суусунда контролдук көрсөткүчтөрдөн 2,77 эсе ($p < 0,05$) жогору болгон, жогору болуусу достовердүү мааниде. АБМСТ менен болгон оорулардын группасына салыштырууда мааниси 1,67 эсе ($p < 0,05$) айрымаланган. Алкоголдук оордук келтирүүгө карабастан баардык травма алган пациенттерде эндотелин-1 деңгээли жогору.

Гемостаздын тамыр-тромбоцитардык жана фибринолиттик системасынын курамына кирүүчү фон Виллебранда (ФВ) фактору организмди ички тамыр тромбозунан коргойт. фон Виллебранда факторунун деңгээлинин өсүшү баарынан мурун эндотелиянын бузулуусуна таасир берет. АБМСТ менен болгон жабыркоочулардын группасында ФВ өлчөмү $146,3 \pm 1,4$ % түзкөн, бул достовердүү контролдук чегинен 1,71 эсе $p < 0,05$ айрымаланган. Мындан тышкары АБМСТ+АА ооруларда ФВ чоңдүгү АБМСТ ($p < 0,05$) менен болгон оорулардын ФВ көрсөткүчтөрүнөн достовердүү 25,3 % жогору болгон.

Алынган маалыматтар NO айрыкча басылуусу менен болгон травмадагы эндотелиалдык дисфункциянын болушу жөнүндө күбөлөндүрөт, эндотелиоциттерди бузуучу катары, ошондой эле активдүү токтотуучу, эркин радикалдардын жогору болгон генерациясынын өтүүсүндөгү кычкылдануу процесстеринин эсебинен болушу мүмкүн. Эндотелиалдык дисфункциясы фон Виллебранда факторунун өсүү артыкчылыгы менен мүнөздөлөт. АБМСТ+АА ($p < 0,05$) менен болгон оорулардагы эндотелиалдык дисфункциянын өтө көрүнүктүү даражасы көрсөтүлгөн.

Цитокиндик статусу баалоо. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандарда цитокин статусун изилдөө жыйынтыгы репарацияны түзүүдө иммундук сезгенүү процессиндеги маанилүү ролду ойногон, цитокиндердин сезгенүүсүндө жогорулоосу менен байланышкан, алкоголизация фонунда өтө көрүнүктүү цитокиндердин эрте активдүүлүгүн көрсөттү. Алкоголдук оордугу жок группадагыларга караганда АБМСТ+АА менен болгон оорулардын группасында цитокин статусунда өтө маанилүү өзгөрүүлөр байкалды. Ошентип сезгенүү цитокиндери ФНО- α жана ИЛ-1 β санынын өсүүсү 1,8 жана 2,3 эсе жараша ($p < 0,05$) өсүүсү көрсөтүлгөн. АБМСТ жана АБМСТ+АА менен болгон ооруларда системалар аралык регрессияны колдонуу менен көптүк корреляциялык анализи жүргүзүлгөн. АБМСТ+АА менен болгон ооруларда фон Виллебранда факторунун ИЛ-1 β , ФНО- α цитокиндер, лейкоцитардык клеткалар ($p < 0,05$) реактивдүү потенциалын мүздөөчү ИС нейтрофилдердин стимуляциясынын индекси менен өтө тыкыз кайта кайтаруучу жана түз өз ара байланышы аныкталганы көрсөтүлгөн.

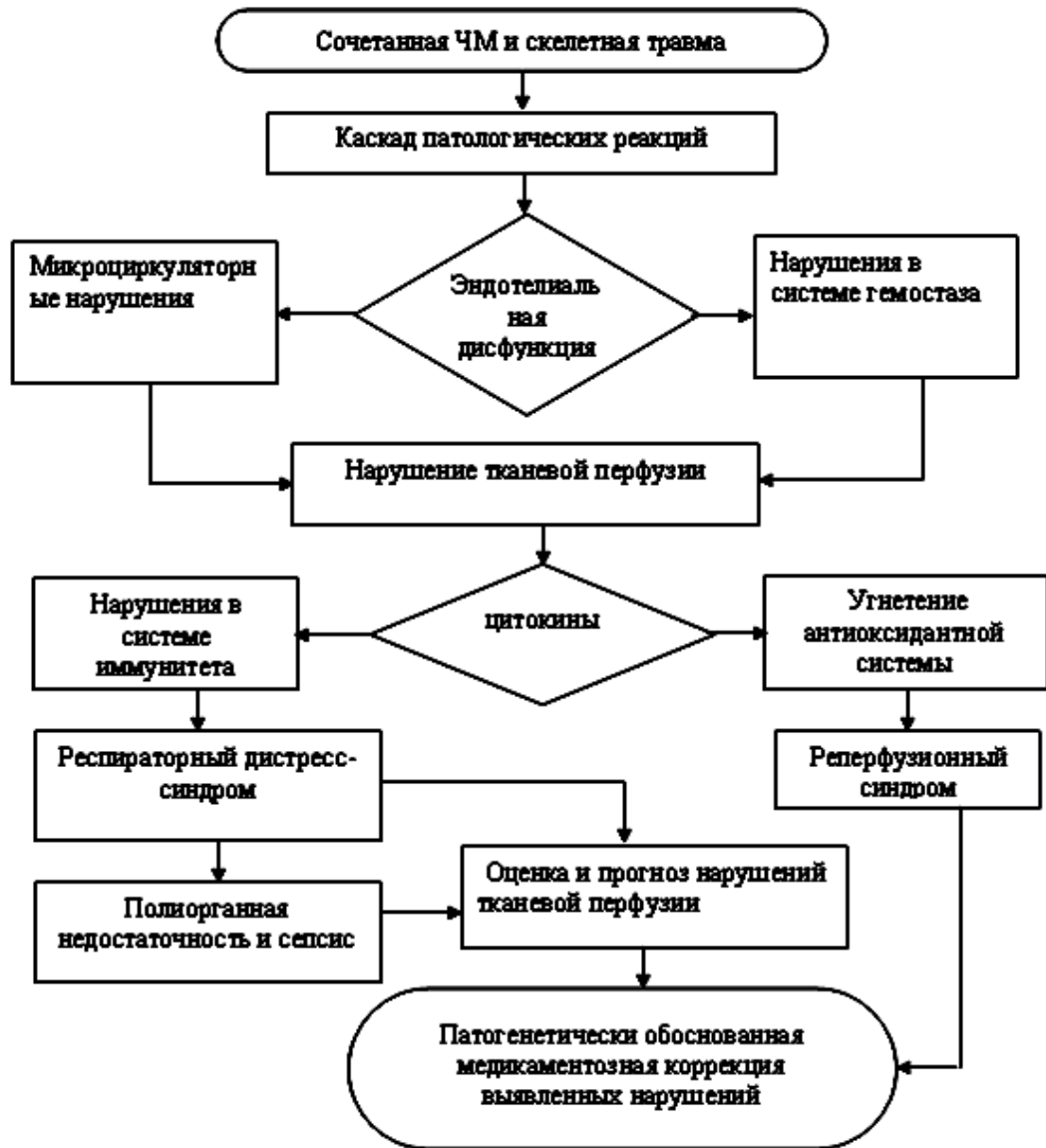
Ошентип, АБМСТ дагы «өз ара оордукту» шарттоочу эндотелиалдык дисфункциянын жана микроциркуляциянын параметрлери белгилүү болду. Бул параметрлерди учетко алуу пациенттин абалын прогноздоо үчүн зарыл. Аларды өз учурунда коррекциялоо АБМСТ дагы кабылдоону төмөндөтөт жана репарация процессин тездетет. АБМСТда травмалык жабыркоонун көрүнүктүү даражасынан көз карандылыктагы, тамырдык бузулуулардын клиникалык функционалдык варианттарын жана микроциркуляциянын түрлөрүн аныктоо оперативдүү кийлигишүүнүн мөөнөтүн, фармакотерапияны дифференциациялоого, ошондой эле комплекстик терапиянын алгоритмин иштеп чыгууга мүмкүнчүлүк берет.

Алынган маалыматтардын негизинде, бирдей шарттагы анамнездеги алкоголдук проблемасыз травма алган пациенттерге салыштырмалуу оор айкалышкан травмадан кийинки репарациянын прогнозунда үчтөн кем эмес, узагыраак мөөнөттү коюу керек.

Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы жабыркоочулардын абалына мүмкүндүк прогнозу. Микроциркуляциянын өзгөрүүсү АБМСТдагы ыңгайлашуу механизмдердин бири болуп саналат. Эндотелиалдык клеткалар чыңалуу деңгээлинин өсүүсүнө жана травманын натыйжасында тамыр багытындагы жылышууларга биринчилерден болуп жооп берет, ошондой эле механикалык, гуморалдык таасирлердин жообуна вазоконстриктордук, вазодилататордук факторлорду иштеп чыгууга жөндөмдүү. Эндотелий стресс – синдромду жана травмалык шокту ишке ашырууда түздөн-түз катышууга ээ болгон, ренин-ангиотензин-альдостерондук системанын иш аракетине түздөн-түз катышат. Атап айтканда эндотелий репаративдик процесстерге катышат, клетканын өсүүсүн жана клеткадан тышкаркы компоненттердин метаболизмдин жөнгө салат.

Алынган маалыматтар АБМСТ патогенезинин схемасын иштеп чыгууга жана дарылоо тактикасынын алгоритмин негиздөөгө мүмкүнчүлүк берди, анын ичинде алкоголдук проблема болгондо да (2 сүр.).

Скелеттик жана баш сөөк-мээ травмасынан, анын ичинде алкогольдук оордугуна жараша АБМСТ патогенезинин өзгөчөлүгү эндотелиалдык дисфункция менен өз ара байланышкан микроциркулятордук бузулуулар менен мүнөздөлөт.



. 2. сур. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы системалык бузулуулардын патогенетикалык механизмдери

Өпкөнүн кабылдоосунун тездиги микроциркуляциянын өтө көрүнүктүү клиникалык функционалдык бузулууларына жана бирге болгон өзгөрүүлөргө байланыштуу травмалык жабыркоолордун оордук даражасы менен түз корреляция болот: эндотелиалдык дисфункциясы, про- жана антиоксиданттык системаларды дисфункциялоо, цитокиндик статус менен, оксидативдик стресстин көрсөткүчтөрү жана антиоксиданттык коргоо.

Алынган маалыматтар негизги мааниге ээ болгон баш сөөк-мээ травмасы, алкогольдук шартталган патоπλαстикалык микроциркулятордук дисфункция концепциясын негиздөөгө мүмкүндүк берет, ал эми анамнездеги

алкоголизация бул дисфункцияны күчөтөт. Клеткалык мембрана аркылуу кирүүчү, алкоголь жана ацетальдегиддердин таасири менен шартталган токсикологиялык механизмдер, модификациялоочу цитоплазмалык ферменттер мындан аркы патопластикалык процесстерди начарлатуу менен баш мээнин регулятордук борборун жабыркатат.

Мындан ары патогенездин механизмдери ткандык перфузиянын бузулуулары менен байланыштуу жана цитокиндик жоопту, респиратордук дистресс-синдромун өзүнө камтыган иммундук системанын бузулууларынан турат жана полиоргандык жетишсиздикке, сепсиске алып келет. Алкоголизация фонундагы перфузиянын ткандык бузулуулары дисгидрия, дисиония жана энергетикалык жетишсиздик менен байланыштуу, ошондой эле алкогольдук интоксикацияда экинчи иммундук жетишсиздик жана иммундук бузулуулар байкалат. Бул бузулууларды өз учурунда баалоо, белгилүү болгон бузулууларды патогенетикалык негизделген медикаментоздук коррекциялоо үчүн керек. Ошондой эле мурунку травмадагы алкогольдук колдонуунун диагностикасы бир кыйла маанилүү, антеки оорлотуучу, иммундук системанын натыйжасыз иштөөсүнө алып келүүчү, апоптозду күчөтүүчү жана регенерациялык процессти оордотуучу фактор болуп эсептелет. Алкоголду колдонуу өтө оор микроциркулятордук бузулууларды гана эмес, ошондой эле септикалык кабылдоону прогноздоого мүмкүндүк берет.

АБМСТгы алкоголь менен шартталган патопластикалык микроциркулятордук дисфункцияны прогноздоонун математикалык модели иштелип чыккан. АБМСТгы патопластикалык микроциркулятордук дисфункцияны прогноздоо мүмкүнчүлүгүн берүүчү окуя катары карасак, анда бул окуянын математикалык моделин төмөнкүчө көрсөтүүгө болот (Зсүр.). Травмалык стресске постагрессиялык реакция катары $P(C)$ алкогольдук шартталган патопластикалык микроциркулятордук дисфункциянын толук мүмкүнчүлүгү патологиялык мүнөзгө ээ болго, компенсатордук механизмдерди түзүү менен аныкталат.

Бул кризистүү абалдын $P(K)$ мүмкүнчүлүгү өз кезегинде төмөнкү дисфункциялардын пайда болуусуна көз каранды:

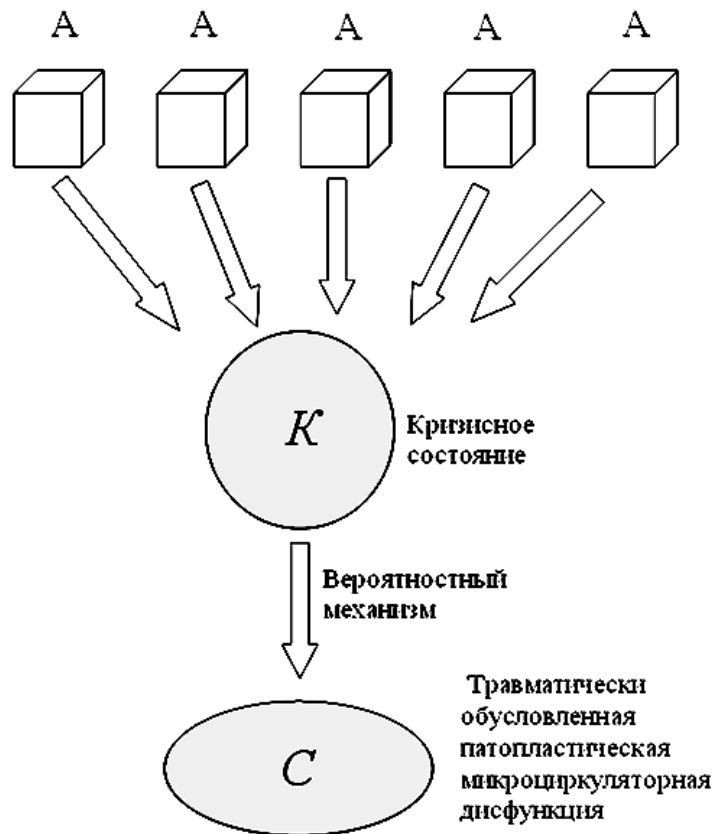
- 1) A_1 – микроциркуляциянын функционалдык бузулуусу;
- 2) A_2 – көрүнүктүү эндотелиалдык дисфункция;
- 3) A_3 – апоптоза процессинин күчөшү;
- 4) A_4 - про- жана антиоксиданттык системалык дисфункциясы;
- 5) A_5 – анамнездеги алкогольду колдонууга байланыштуу боордун функциясынын бузулуусу жана анын эндотоксикоз менен күрөшүүгө жөндөмсүздүгү.

Мүмкүнчүлүктүү кошуу эрежесине ылайык «кризистүү» абалдын пайда болуусунда априордук мүмкүнчүлүктү аныктоо үчүн:

$$P(K) = \bigcup_{n=1}^5 A_n, \text{ белгиленген } \bigcup_{n=1}^5 A_n \text{ — окуяны бириктирүү } A_n, \text{ тактап}$$

айтканда жок дегенде бир A_n окуядан турган окуя.

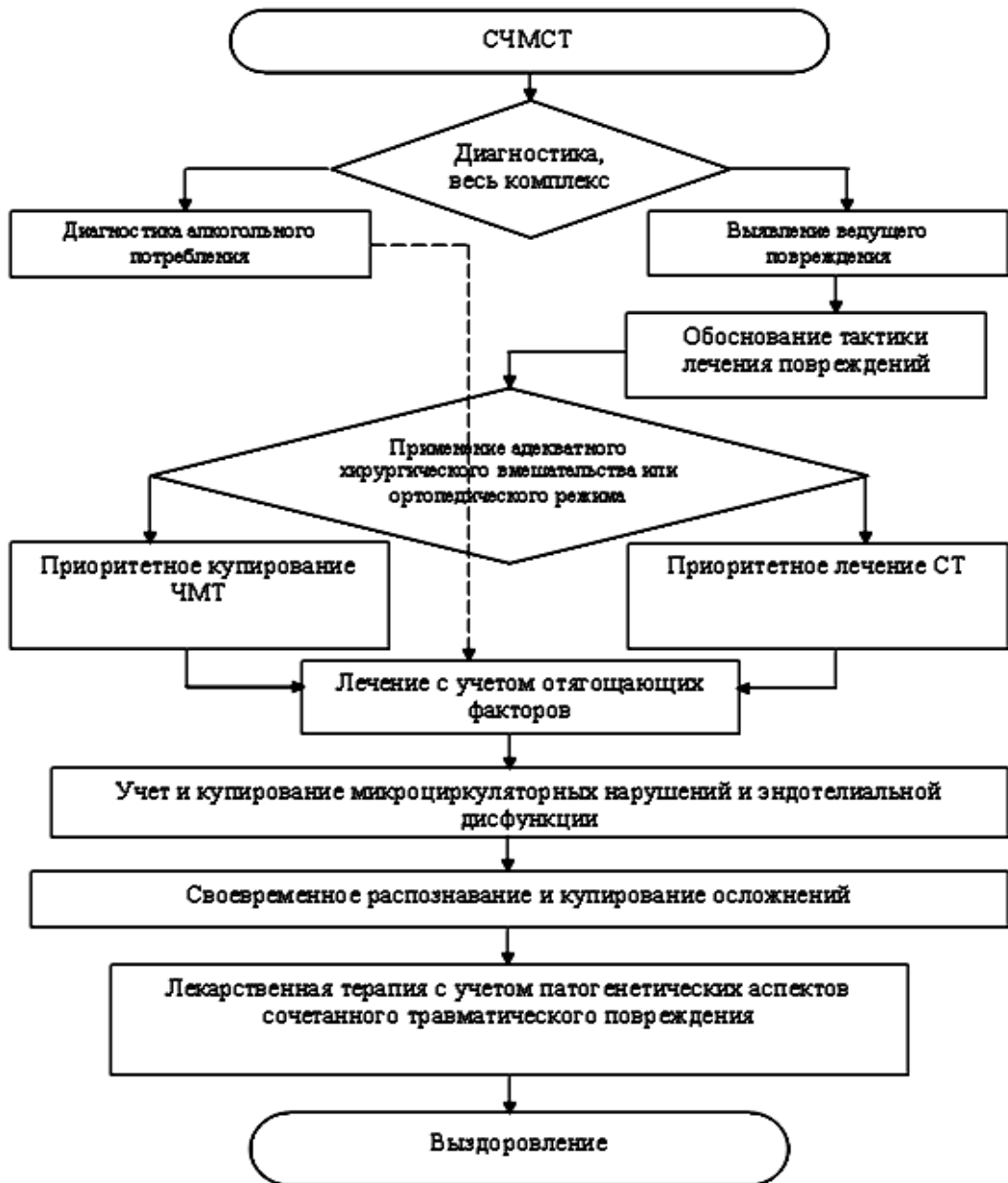
Демек толук мүмкүнчүлүктүн формасы боюнча алкогольдук шартталган патопластикалык микроциркулятордук дисфункциянын мүмкүнчүлүгүн аныктоого болот: $P(C) = P(K) * P(C/K)$. Бул жерде $P(C/K)$ апостериордук мүмкүнчүлүк окуясы C бар болгон окуянын K шартын белгилейт. Бул математикалык моделди сүрөт түрүндө төмөнкүчө көрсөтсө болот(3 сүр):



3 сүр. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы патопластикалык микроциркулятордук дисфункциянын травмалык шартталган мүмкүнчүлүк модели

Дисфункцияны өз учурунда баалоо ткандык перфузия бузулууларынын жана белгилүү болгон бузулуулардын патогенетикалык жактан негизделген медикаментоздук коррекциянын адекваттуу прогнозуна түрткү берет.

Алкоголизация фонундагы АБМСТда дарылоо тактикасынын алгоритми башкы жабыркоону жана аны дарылоонун хирургиялык же ортопеддик негиздерин гана камтыган аныктоолорду эле эмес, кечиктирилгиз диагностикалык иш чаралардын баардык комплексин, алкогольду колдонуудагы диагностиканы да, микроциркулятордук бузулууларды, эндотелиалдык функцияны, иммундук жана антиоксиданттык системанын диагностикасын да киргизүү зарыл (4 сүр.)



4 сур. Алкоголдук колдонууну эске алуу менен айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманы дарылоо алгоритми

БМТ приоритеттүү бөлүштүрүү, өзгөчө алкоголизация фонунда талдоо методу болуп саналат, эндотелиалдык дисфункция жана анын натыйжасыдагы байланышкан бузулуулардын каскаддык алдын ала сактоосун камсыз кылат, анткени алкоголизмдин БМТ жана оор скелеттик травма менен айкалышуусу болбой койбос, бул бузулууларды күчөтөт жана тездетет. Ушуну менен бирге айкалышкан оор травмадагы адекваттуу хирургиялык кийлигишүү жана ортопеддик режим приоритеттүү болушу мүмкүн, анткени бул суроо дайыма жекече чечилет.

Травмалык процесстен тышкары, ушул учурда ээ болгон бузулуулар өзү менен кошо мээ функциясынын бузулуусун пайда кылуучу, системалуу алкогольду колдонуудан кийинки метаболизмдин өзгөрүү жыйынтыктарын көрсөтөт. БНС функционалдык өзгөрүүсү баш мээдеги кыжырдануу

кубулушунун басымдуу түрүндөгүсү ткандык гипоксиянын натыйжасы болуп саналат да вегетативдик жана гемодинамикалык көрсөткүчтөрдүн динамикасынын өзгөчөлүктөрү менен аныкталат, анын ичинде ыңгайлашуу мүмкүнчүлүктөрүнүн жана негизги регулятордук системанын резервдеринин төмөндөөсүн күбөлөндүргөн микроциркуляциясы бар. Бул алкогольдук шартталган жана травмотогендик микроциркулятордук бузулуулардын натыйжасындагы ткандык перфузиянын төмөндөөсү менен, микрогемоперфузияны жергиликтүү жөнгө салуучу функционалдык резервдердин азаюусу жана пассивдүү жөнгө салуучу механизмдерди басуучу, тамырдык системалык процесстерди жана алкогольдук шартталган жана травмотогендик эндотелиалдык дисфункциясы менен байланыштуу болгон гемостазанын клеткалык механизмдерин тартуу менен айкалышат. Мунун баардыгы кычкылдануу процессинин өрчү фонунда, эркин радикалдардын жогорку генерациясында, оор травмада жана антиоксиданттык статустун «депрессиясы» менен болгон оорулардагы антиоксиданттык резервдин эрте начарлоосунда өтөт. Аэкологизация менен бирдикте болгон бул процесстер олуттуу өтө көрүнүктүү мүнөзгө ээ, анткени алкоголизациянын натыйжасында өзгөрүлгөн структуралык-метаболизмдик фонго туура келет.

Өнөкөт алкогольдук колдонууга мүнөздүү болгон структуралык – метаболизмдик бузулуу травмадагы жүрөктүн, боордун жана баш мээнин гипоксиясынын өтө тез өрчүшүн аныктайт. Боордун функциясынын начарлоосу системалык бузулууларды күчөтүүчү экинчи эндогендик токсиндердин топтолуусун аныктайт. Бул учурда интенсивдүү терапиянын негизги милдети гомеостаз абалын жана энергетикалык зат алмашууну мүнөздөөчү бузулууларды нормалдаштыруу, бузулган функцияларды жана системаны калыбына келтирүү болуп саналат, ушуну менен бирге организмге болгон медикаментоздук оордук мүмкүн болушунча эң төмөн болушу зарыл.

Ошентип, аныкталган патофизиологиялык механизмдер кошумча жабыркатуучу факторлорду учурго алууга, бөлүштүрүүгө алып келет жана кабылдаган алкоголизмдеги травмада медициналык камсыз кылууну оптимизациялоого мүмкүнчүлүк берет.

ЖЫЙЫНТЫКТАР

1. Алкоголдук мас абалындагы айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма менен жабыркагандардан 42,3 – 67 % болгон. Алкоголдун кандагы өтө жогорку концентрациясы өтө оор баш сөөк-мээ травмасы менен байланышкан. Өтө жеңил травмага караганда (32%) оор жана өтө оор мас абалдын тездиги (56%) оор АБМСТ окуясында жогору болгон.

2. Окуянын 40,9% айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын алкогольдук интоксикация менен айкалышуусу ички баш сөөк гематомасын жана травмалык субарахноидалдык кан куюлууга алып келет.

Алкоголдук интоксикация менен болгон айкалышкан травмадагы жалпы мээ регрессия жана симптоматика убагы мас эмес абалдагы пациенттерге караганда орточо 28-30% узагыраак. Анамнездеги алкогольду ченемсиз колдонгон пациенттердин орточо стационарда өткөргөн койка-күнү мас эмес

абалдагы жабыркагандардагы ушундай эле көрсөткүчтөрүнөн орточо 23,6% жогору болгон.

3. Травмалык оорунун агымында нозокомиалдык пневмония мас эмес абалдагы жабыркагандардын 32% окуясында, ал эми травма учурундагы алкогольдук интоксикациядагы 56% окуяда кабылдоо болгон, бул алкоголь менен шартталган иммундук жетишсиздик, эндотоксикоз менен байланыштуу.

4. Алкоголизация фонундагы айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандарда эндотелийдин функционалдык абалынын көрүнүктүү бузулуусу белгиленген, бул кандын сары суусундагы азоттун кычкылынын төмөндөөсүнөн, Виллебрандта факторунун, эндотелин-1 жогорулоосунан көрүнөт. Эндотелин-1 деңгээлинин көтөрүлүүсүн оор айкалышкан травмада алкогольдук интоксикациянын маркерлорунун бири катары эсептөөгө болот. Жабыркаган пациенттердеги алкогольдук интоксикациянын башка маркеру болуп кан алгандан кийин тез арада даярдалган кан сүртүндүсүндөгү нейтрофилдердин спонтандык апоптозасынын жогорку деңгээли эсептелинет.

6. Алкоголдук интоксикация менен биргелешкен айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманы медициналык жактан алып баруу алгоритми микроциркуляциянын, эндотелиалдык функциянын, цитокиндик профилдеги иммунологиялык көрсөткүчтөрүн эске алуу менен, нейропротекцияны жана интенсивдүү терапияны күчөтүү зарылдыгын жана иммунокоррекциянын ордун алмаштыруучу иммуномодуляторлорду, эндотелийпротектордук препараттарды терапиянын курамына киргизүүнү камтыйт.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Реанимациялык-хирургиялык иш чаралар (кан агууну токтотуу, организмдин жашоодогу эң маанилүү бузулуу функцияларын калыбына келтирүү (протездөө), ооруну жансыздандыруу, иммобилизация) комплексинде алкогольду колдонууну контролдоо болушу керек, алкогольдук оордук болгондо детоксикациялык иш чаралары жана жөөлүгөн кабылдоону алдын алуу жүргүзүлөт.

2. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандардагы микроциркуляциянын бузулуусуна клиникалык-функционалдык мүнөздөмөсү лазердик доплердик флоуметриянын иштелип чыккан критерийлери боюнча диагностикалык алгоритмди оптимизациялоого мүмкүнчүлүк берет: лазердик доплерограмм спектринин амплитудалык-тездиктеги анализи. Буту-колдун доплерографиясы үчүн болгон портативдүү аппаратты колдонуу бул милдетти жеңилдетет. Стаз жана паралич түрүндөгү микрогемоперфузиянын бузулуулары ткандык перфузиянын өтө терең бузулуулары жөнүндө күбөлөндүрөт жана травмалык оорулардын жагымсыз өтүү агымынын прогностук критерийи болуп кызмат кылат.

3. Эндотелиалдык дисфункциясынын жана тамыр-тромбоцитардык гемостаздын көрүнүктүү даражасын баалоо үчүн айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандарда NO, эндотелин-1, Виллебранда фактору аныкталат. Дарылоо схемасынын 5-6 суткасына антиагреганттарды

киргизүүнү сунуштайт, бул клиникалык симптоматиканы, эндотелиалдык көрсөткүчтөрдү (NO, эндотелин-1), тамырдык-тромбоцитардык гемостазды (Виллебранда фактору, фибрин жана АДФ агрегация) тамырлардын жана кан агымынын структуралык абалын жакшыртат. Кан агымынын көрсөткүчтөрүн жана эндотелиянын функционалдык абалын жакшыртуу репарацияга шарт түзөт жана калыбына келтирүүнү тездетет.

4. Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы интенсивдүү терапиянын перспективдүү багыттары болуп алдын алуу жана болжолдонгон нейропротекция жана баш мээнин экинчи жабыркоосундагы терапия, тактап айтканда ишемия сыяктуу агрессивдүү факторлордун таасири менен жабыркоодон нейрондорду нейротоксиндик субстанциядан (цитокиндер, эркин радикалдар, орточо массанын молекулалары жб.) коргоо болуп саналат. Кан агымынын жана метаболизмдин төмөндөөсү ишемиядан гана келип чыккан жок, бирок уулуу продуктылардын таасиринин канга кириши жана/же мээге механикалык басымынын таасиринен да болгон. Нейропротекциянын багыттары:

- 1) Экинчи вазоспазм менен күрөшүү;
- 2) Эркин радикалдардын пайда болуусун жана «оксиданттык стресс» натыйжасын төмөндөтүү;
- 3) Аминокислоталарды (глутамат) козгоочу антагонисттерди колдонуу;
- 4) Нейротрофилдик иш аракеттердеги препараттарды колдонуу;
- 5) Глиалдык клеткаларга таасир берүү жана БНС деңгээлинде жергиликтүү сезгенүү реакциясын токтотуу;
- 6) Нейрондордун жана нейроглиянын апоптозун алдын алуу жана блокада коюу.

5. Травмалык ооруда микроциркулятордук жана иммундук дистресс, универсалдуу эндотелиалдык дисфункция, кычкылдануу стресси жана энергетикалык жетишсиздик шартында оптималдуу айкалышуу жана ар кандай инфузиялык чөйрөнүн катышы зарыл. Полиондук кристаллоиддер жана ГЭК препараттарынан тышкары аныкталган эндотелийпротектордук эффектисине ээ болгон, травмалык оорулардын интенсивдүү терапиясынын комплексиндеги башталгыч болюстук инфузиялык терапиясы үчүн инфузиялык препараттар реамберин, мафусолду колдонсо болот, өзгөчө алкогольдук фонундагы алкогольдук абстиненттик синдромдун травмалык ооруларында жана алкогольдук жөөлүгөн абалда. Реамберин жана мафусол этанол/ацетальдегидди алмаштырууну нормалдаштыруучу сукцинат метаболиттин өзүнө камтыйт.

6. Иммундук жетишсиздик шартында иммунокоррекцияны алмаштыруучуну колдонуу өтө маанилүү, өзгөчө алкогольдук анамнездеги пациенттерде: 1) вена аркылуу донордук иммуноглобулиндерди (ИГВВ) саюу үчүн III муундагы биовен моно (нормалдуу суюк адамдын иммуноглобулини) артыкчылыкта, донордук иммуноглобулин вена аркылуу саюу үчүн; 2) рекомбинанттык цитокиндер rIL2 (биолейкин), rIFNa2b (лаферобион) жана эрте колдонулуучу башка иммуноориентациялык препараттар (полиоксидоний, иммунофан, интерферон индуктору — циклоферон),

ошондой эле антикининдик жана өзгөчөлөнбөгөн антицитокиндик активдүүлүктөгү протеолиз ингибиторлору (апротинин), нестероиддик сезгенүүгө каршы препараттар (диклофенак); инфекциянын жана деструкциянын чыккан жерине кычкылтекти жана антибиотиктерди жеткирүүнү жакшыртуучу ферменттик препараттар. Препараттарды тандоо, дозасы жана саюунун узактыгы иммундук дистресс стадиясына жараша жүргүзүлөт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА БАСЫЛЫП ЧЫККАН ИЛИМИЙ ИШТЕРДИН ТИЗМЕСИ

1. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы жабыркоолордун өзгөчөлүгүнө жана өлүмүнө клиникалык-статистикалык анализ / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - № 4 - 2 (29). - 2011. - С. 225-230.
2. **Фирсов С. А.** Эндотелиалдык функцияны эске алуу менен көптөгөн жана айкалышкан травмадагы абалды прогноздоо / С. А. Фирсов // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. – Кемер-Сидэ, Новосибирск, 2011. – С. 47-50.
3. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы клиникалык мүнөздөмө жана медициналык жардамды уюштуруу / С. А. Фирсов, В. М. Прохоренко // Мир науки, культуры, образования. - № 6 – 2 (31). - 2011. - С. 334-337.
4. **Фирсов С.А.** Айкалышкан травмадагы сөөктүн репаративдик регенерация проблемалары / С. А. Фирсов // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. – Кемер-Сидэ, 2011. – С. 50-51.
5. **Фирсов С. А.** көптөгөн жана айкалышкан травмадагы эндотелиалдык функция жана микроциркулятордук бузулуулар / С. А. Фирсов // Адаптация, рекреация и реабилитация жителей северных регионов: материалы международной науч.-практ. конф. – Бангкок, 2011. – С. 68-69.
6. **Фирсов С. А.** Мурда болуп өткөн операциядан кийинки мезгилдеги өнөкөт оору синдрому жана жеке мүнөздөмөсү / С. А. Фирсов, Т. С. Баданова // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. – Кемер-Сидэ, 2011. – С. 51-53.
7. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма: современные возможности прогноза состояния / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - № 4 (35). - 2012. - С. 293-295.
8. **Фирсов С. А.** Спортсмендердин-профессионалдардын травмасындагы жеке оору сезгичтүүлүгү жана анын калыбына келтирүү процессине болгон таасири / С. А. Фирсов, В. П. Шевченко // Адаптация, рекреация и реабилитация жителей северных регионов: материалы международной науч.-практ. конф. – Бангкок, 2011. – С. 69-72.
9. **Фирсов С. А.** Баш сөөк травмасындагы антигипоксиялык терапия / С. А. Фирсов, Н. Б. Аверкина // Адаптация, рекреация и реабилитация жителей северных регионов: материалы международной науч.-практ. конф.– Бангкок, 2011. – С. 72-74.
10. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы замандын алдыңкы диагностикалык методдору / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - № 6 (37). - 2012. - С. 542-546.
11. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма: абалдын прогнозу / С. А. Фирсов // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. – Алаңья, 2012. – С. 27-30.

12. **Фирсов С. А.** Өнөкөт алкогольдук интоксикация менен байланышкан айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыркагандардагы апоптоза көрсөткүчтөрү / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - № 6 (37). - 2012. - С. 547-550.
13. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма: дарылоо тактикасынын алгоритмы / С. А. Фирсов, В. М. Прохоренко // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. – Аланья, 2012. – С. 30-31.
14. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын курч мезгилиндеги дагы про- жана антиоксиданттык статустун абалы / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - № 3 (40). - 2013. - С. 391-393.
15. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасындагы ыңгайлашуу калыбына келтирүү процесстери / С. А. Фирсов // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. - Кемер, 2013. – С. 54-56.
16. **Фирсов С. А.** Алкоголдук масс абалдагы айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы / С. А. Фирсов // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. - Кемер, 2013. – С. 56-59.
17. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасындагы микроциркулятордук бузулуулар / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - № 1 (44). - 2014. - С. 351-354.
18. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасындагы кандын сары суусундагы сезгенүүгө дуушар болгон цитокиндердин анализи / С. А. Фирсов, В. М. Прохоренко // Психолого-педагогические технологии в условиях инновационных процессов в медицине и образовании: материалы международной науч.-практ. конф. - Кемер, 2013. – С. 59-62.
19. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасындагы алкогольду колдонуу менен байланышкан Метаболизмдик бузулуулар жана кабылдоолор / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования». – 2014 – №4 (47). – С. 348 – 351.
20. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасынан жабыркагандардагы алкогольдук интоксикация жана апоптоза көрсөткүчтөрү / С. А. Фирсов // Психоэмоциональные нарушения во врачебной практике: диагностика, клиника, лечение и профилактика: материалы науч.-практ. конф. с междун. участием. – Новосибирск, 2013. – С. 180-182.
21. **Фирсов С. А.** Өнөкөт алкогольдук интоксикация менен байланышкан айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма / С. А. Фирсов // Юбилейная междун. науч.–образоват. конф. «Модернизация помощи больным с тяжелой сочетанной травмой»: тез. конф. - 2013. – Режим доступа: <http://www.traumatic.ru/ru/abstracts.htm>
22. **Фирсов С. А.** Анамнездеги алкогольду ченемсиз колдонууга жараша транспорттук жол кырсыгынан жабыркагандардагы травмалык оорулардын клиникалык өтүү агымынын өзгөчөлүктөрү / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. - 2014 - №6 (49). – С. 598 – 600.
23. **Фирсов С. А.** Алкоголдук интоксикация менен байланышкан айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын патокинези / С. А. Фирсов // Естествознание и гуманизм. – 2014. - С. 26-27.
24. **Фирсов С. А.** Травматизм медициналык катастрофасында актуалдуу проблема катары / С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №6 (49). – С. 594 – 596.
25. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы калыбына келтирүү прогнозунун концепциясы / С. А. Фирсов // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. - №4 (53). – С. 64 – 65.

26. **Фирсов С. А.** Транспорттук жол кырсыгындагы травматизмдин үлгүсүндө өзгөчө кырдаалдагы жабыркагандарга медициналык жардам көрсөтүү системасындагы мониторинг абалы жана прогноздоо принциптери / С. А. Фирсов // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №6 (49). – С. 596 – 598.
27. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы: монография / С. А. Фирсов. – Ярославль: ИПК «Индиго», 2014. – С. 186
28. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма медициналык катастрофасындагы көңүл буруучу предмети катары / С. А. Фирсов, М. Миланков // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №6 (49). – С. 592 – 594.
29. **Фирсов С. А.** Транспорттук жол кырсыгынын натыйжасындагы кризистүү абалдын эндотелиалдык дисфункциясы жана анын прогноздук мааниси [Электронный ресурс] / С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – Режим доступа : www.science-education.ru/120-16629
30. **Фирсов С. А.** Алкоголду колдонуу менен байланышкан айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы микроциркулятордук багыттагы патология [Электронный ресурс] // С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев // Universum: Медицина и фармакология. – 2014. – №12.– Доступ: <http://elibrary.ru/item.asp?id=22596044>
31. **Фирсов С. А.** Анамнездеги алкогольду ченемсиз колдонууга жараша транспорттук жол кырсыгынан жабыркагандардагы кабылдаган нозокомиалдык пневмониясы менен болгон травмалык оорулардын иммундук жообунун механизмдери [Электронный ресурс] / С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев // Фундаментальные исследования. – 2014. – №10. – часть 9. – С. 576 – 578.
32. **Фирсов С. А.** Травмалык шок абалында травматологиялык стационарга келип түшкөн пациенттердеги алкогольду ченемсиз колдонууну жана алкоголизмди аныктоо: окуу куралы / С. А. Фирсов, Р. П. Матвеев, П. А. Любошевский. – Ярославль: ЯГМА. - 2014. - 42 с.
33. **Фирсов С. А.** Алкоголду колдонуу менен байланышкан айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травма / Фирсов С.А., Матвеев Р.П., Вилова Т.В. // Экология человека. 2015. № 1. С. 36-39.
34. **Фирсов С. А.** Алкоголдук интоксикация менен байланыштуу болгон травматизм: перифериялык кан агымынын жана эндотелиалдык дисфункциясынын өзгөчөлүктөрү /Фирсов С.А., Матвеев Р.П. //Медицина катастроф. 2015. № 1 (89). С. 29-31.
35. **Фирсов С. А.** Россиянын түндүк аймактарындагы политравмада травматологиялык жардам көрсөтүү проблемалары жана өзгөчөлүктөрү / Фирсов С.А., Матвеев Р.П., Шевченко В.П., Шугинов А.А. //Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6-0. С. 30.
36. **Фирсов С. А.** Айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадагы атайын медициналык жардам көрсөтүүнү уюштуруунун дүйнөлүк практиканын анализи /Фирсов С.А., Шугинов А.А. // Наука. Мысль. 2015. № 9. С. 14-22.
37. **Фирсов С. А.** Алкоголдук интоксикация менен байланыштуу болгон травмадагы микрогемоциркуляциясы / Фирсов С.А., Матвеев Р.П. // **Медицина Кыргызстана.** 2015. Т. 1. № 2. С. 46-48.
38. **Фирсов С. А.** Дүйнөдөгү травматизм проблемалары / Фирсов С.А., Шугинов А.А. // **Медицина Кыргызстана.** 2015. № 5. - С. 4-7.
39. **Фирсов С. А.** Омуртанын кабылдабаган травмасы менен болгон оорулардын жашоо сапатына калыбына келтирүү санаториясынын таасири / Джеенбаев Е.С., Фирсов С.А., Белов Г.В.// Медицина Кыргызстана. 2015. №6. –с. 24-27.
40. **Фирсов С. А.** Ич көңдөйүнө жана кичи жамбаш органдарына операциядан кийинки эрте калыбына келтирүү дарылоосу: методикалык көрсөтмө / составители Белов Г.В., Уметалиев Ю.К., Беков Т.А., Даминов Ч.С., Ибрагимова М.Д., Фирсов С.А. Бишкек, 2015г. 24 с.

41. **Фирсов С. А.** Алкоголду колдонуу менен байланыштуу болгон травмалык оорулардагы патогенетикалык терапиянын негизги принциптери / Фирсов С.А., Матвеев Р.П., Федотов Е.А. // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 3. С. 31.
42. **Фирсов С. А.** Алкоголизация фонундагы оор айкалышкан травмасы менен болгон адамдардын перифериялык канындагы регулятордук цитокиндердин чени /Фирсов С.А. / В сборнике: Инновации в медицине, психологии и педагогике материалы VII Международной научно-практической конференции. Под научной редакцией М.Г.Чухровой, О.А. Белобрыкиной. 2016. С. 75-78.
43. **Фирсов С. А.**Травматизм жана семирүү: кесилишүү точкасы (литературалык обзор) / Шугинов А.А., Фирсов С.А., Опенко Т.Г. // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2016. № 1. С. 107-119.
44. **Фирсов С. А.**Учурдагы травматизмдин өзгөчөлүктөрү: патогенетикалык, дарылоо жана уюштуруу аспектилери / Фирсов С.А., Матвеев Р.П., Верещагин Н.А., Снопко С.В., Чухрова М.Г. Архангельск, 2016.
45. **Фирсов С. А.** Анамнездеги алкогольдук проблема менен болгон айкалышкан баш сөөк-мээ скелеттик травмадан жабыркагандардагы апоптозанын пайда болуусу / Фирсов С.А., Матвеев Р.П., Синкевич Д.И., Верещагин Н.А. // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 2. С. 93.
46. **Фирсов С. А.** Травматизм жана эндотелиалдык дисфункция: скелеттик травмадан кийин тамеки чегүүнүн калыбына келтирүү ылдамдыгына болгон таасири /Фирсов С.А., Белов Г.В., Пронин С.В. //Медицина Кыргызстана. 2016. №3. С. -48-50
47. **Фирсов С. А.** Мурда болуп өткөн операциядан кийинки мезгилдеги өнөкөт оору синдрому жана айкалышкан травмадагы репаративдик регенерациясы / Фирсов С.А., Белов Г.В., Чухрова М.Г. //Медицина Кыргызстана. 2017. №1. С. -44-47
48. **Фирсов С. А.** Оор скелеттик травмасы менен болгон пациенттердеги психологиялык чектен чыгуусунун токсикологиялык-химиялык предикторлору жана алкогольдук делирия коркунучу /Фирсов С.А., Белов Г.В. // Здравоохранение Кыргызстана. 2017. №2. –С.58-62.
49. **Фирсов С. А.** Психоактивдүү заттарды ачык жана жашыруун колдонуучулардагы «абстиненция–интоксикация – ремиссия» абалынын диагностикасынын ыкмалары / Пронин С.В., Фирсов С.А, Белов Г.В., Чухрова М.Г. Заявка на патент КР.
50. **Фирсов С.А.** Айкалышкан оор травмадагы өнөкөт алкоголизмдин экспресс-диагностикасынын ыкмалары /Фирсов С.А., Чухрова М.Г./ – Патент РФ на изобретение № 2619259 от 12 мая 2017 г.
51. **Firsov S.A.**Assessment of heart rate variability in the diagnosis of addictive disorders and refinement stage of the disease / S.V. Pronin., S.A. Firsov.,G.V.Belov // Science today: from theory to practice / Proceedings of the 8th International Academic Conference:Editors Marina G. Chukhrova (Russia).Publishing House Science and Innovation Center, Ltd. (St. Louis). 2017. – P.21-25. ISBN: 978-0-615-67241-0

Фирсов Сергей Анатольевичтин «Алкоголдук интоксикациясы менен байланыштуу болгон травматизмдин патогенетикалык аспектилери» деген темада 14.03.03 – патологиялык физиология адистиги боюнча медицина илимдеринин доктору илимий даражасына изденүү үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

КОРУТУНДУСУ

Негизги сөздөр: алкогольдук ичимдиктерди ичүү менен айкалышкан травматизм, алкогольдук ичимдиктерди ичип жүрүүдө коштолгон баш сөөк-мээ менен бирдиктеги скелеттик травманын патогенези, айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын фонундагы алкогольдук шартталган

системалык патопластикалык микроциркулятордук, эндотелиалдык жана иммундук дисфункция.

Изилдөөнүн объектиси: алкогольдук ичимдиктерди ичкен абалында баш сөөк-мээ менен бирдиктеги скелеттик травмадан жабыр тарткандар.

Изилдөөнүн максаты: алкогольдук интоксикациясы менен коштолгон баш сөөк-мээ менен бирдиктеги скелеттик травманын патогенетикалык механизмдерин изилдөө.

Изилдөө ыкмалары: клиникалык, рентгенологиялык, функционалдык, лабораториялык, биохимиялык.

Изилдөөнүн жыйынтыгы жана илимий жаңылыгы. Алкоголизм фонундагы баш сөөк-мээ жана скелеттик травманын клиникалык өтүшү, медициналык жардам көрсөтүү, кабылдоосу жана өлүм жөнүндөгү жаңы маалыматтар алынды. Алкоголдук интоксикация менен тыгыз байланыштуу болгон баш сөөк-мээ жана скелеттик травмадан жабыр тарткандардын стационарда болуу мөөнөтүнүн узарышы, эндотоксикоз менен бирдиктеги иммундук механизмдердин жетишсиздигинин натыйжасындагы репаративдик процесстердин басылуусуна, жабыркаган цитотоксиндердин активациясына жана иммунокомпетенттик клеткалардын апоптозасын күчөтүү менен болгон байланыштуулугу негизделген. Өпкөнүн кабылдоо тездиги иммунологиялык коргоо системасынын ыңгайлашкан жооп берүү мүнөзүнө таасир берүүчү болуп өткөн алкоголизация менен түз корреляция болгондугу аныкталды. Алкоголь ичимдиктерин ичүү менен байланышкан экинчи иммундук жетишсиздик травмадан кийин калыбына келтирүү мезгилинин узаруусуна түрткү берет.

Мас абалында болгон травмада микроциркулятордук багыттагы системалык реакция белгилүү болду. Перифериялык тамырлардын клиникалык-функционалдык абалынын жана алкоголизм менен байланыштуу болгон эндотелиалдык дисфункциясынын процесстери менен болгон микроциркуляциясынын ортосундагы өз ара байланышы аныкталды, алардын репаративдик процесстерге болгон таасири белгиленди.

Патопластикалык механизмдери баяндалды жана алкоголь-кризистик абалдын узартылган калыбына келүү процессинин жана өлүмдүн себеби болуп саналган шартталган системалык дисфункциясынын концепциясы негизделди.

Колдонуу тармагы: патологиялык физиология, травматология жана ортопедия.

РЕЗЮМЕ

диссертации **Фирсова Сергей Анатольевичана** тему «**Патогенетические аспекты травматизма, ассоциированного с алкогольной интоксикацией**» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности: **14.03.03 - патологическая физиология**

Ключевые слова: травматизм, ассоциированный с алкогольным потреблением, патогенез сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмы при сопутствующем алкогольном потреблении, алкоголь-обусловленная

системная патопластическая микроциркуляторная, эндотелиальная и иммунная дисфункция на фоне сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмы.

Объект исследования: пострадавшие с сочетанными черепно-мозговыми и скелетными травмами, полученными в состоянии алкогольного опьянения.

Цель работы. Изучение патогенетических механизмов сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмы, ассоциированной с алкогольной интоксикацией.

Методы исследования: клинические, рентгенологические, функциональные, лабораторные, биохимические.

Полученные результаты и их новизна. Получены новые данные о клиническом течении, оказании медицинской помощи, осложнениях и исходах сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмы на фоне алкоголизации. Обосновано, что удлинение сроков пребывания в стационаре пострадавших с сочетанной черепно-мозговой и скелетной травмой, ассоциированной с алкогольной интоксикацией, связано с подавлением репаративных процессов вследствие дефицита иммунных механизмов в сочетании с эндотоксикозом, активацией провоспалительных цитокинов и усилением апоптоза иммунокомпетентных клеток. Выявлено, что частота лёгочных осложнений напрямую коррелирует с предшествующей алкоголизацией, влияющей на характер адаптивного ответа системы иммунологической защиты. Вторичные иммунодефициты, связанные с алкогольным потреблением, способствуют удлинению восстановительного периода после травмы.

Выявлены системные реакции микроциркуляторного русла при травме, полученной в состоянии алкогольного опьянения. Определены взаимосвязи клинико-функционального состояния периферических сосудов и микроциркуляции с процессами эндотелиальной дисфункции, связанной с алкоголизацией, выявлено их влияние на репаративные процессы.

Описаны патопластические механизмы и обоснована концепция алкоголь-обусловленной системной дисфункции, которая является причиной кризисного состояния, затяжного процесса восстановления и возможного летального исхода.

Область применения: патологическая физиология, травматология и ортопедия.

SUMMARY

Dissertation of Firsov Sergey Anatolyevich "The pathogenetic aspects of traumatism associated with alcohol intoxication" for the degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty: 14.03.03 - Pathological physiology

Key words: traumatism associated with alcoholic consumption, pathogenesis of combined craniocerebral and skeletal trauma with concomitant alcohol consumption, alcohol-induced systemic pathoplastic microcirculatory, endothelial and immune dysfunction against a background of combined craniocerebral and skeletal trauma.

Object of the study: victims with combined craniocerebral and skeletal injuries received in a state of intoxication.

Objective. Study of pathogenetic mechanisms of combined craniocerebral and skeletal trauma, associated with alcohol intoxication.

Methods of investigation: clinical, radiological, functional, laboratory, biochemical.

The results obtained and their novelty. New data have been obtained on the clinical course, the provision of medical care, complications and outcomes of combined craniocerebral and skeletal injuries against alcoholization. It is justified that the prolongation of the duration of hospitalization of the victims with combined craniocerebral and skeletal trauma associated with alcohol intoxication is associated with the suppression of reparative processes due to a deficiency of immune mechanisms in combination with endotoxemia, the activation of pro-inflammatory cytokines and the enhancement of apoptosis of immunocompetent cells. It was revealed that the frequency of pulmonary complications directly correlates with the previous alcoholization, which affects the nature of the adaptive response of the immunological defense system. Secondary immunodeficiencies, associated with alcohol consumption, contribute to the lengthening of the recovery period after trauma.

Systemic reactions of the microcirculatory bed with a trauma obtained in a state of alcoholic intoxication were revealed. The interrelations of the clinical and functional state of peripheral vessels and microcirculation with the processes of endothelial dysfunction associated with alcoholization have been determined, and their influence on reparative processes has been revealed.

The authors describe the pathoplastic mechanisms and substantiate the concept of alcohol-conditioned systemic dysfunction, which is the cause of the crisis, a protracted recovery process and a possible lethal outcome.

Areas of application: pathological physiology, traumatology and orthopedics.

Кыскартуулар

АА	- анамнездеги алкоголизм
АДГ	- алкогольдегидрогеназа
АКТГ	- адренкортикотропук гормон
АОС	- антиоксиданттык система
ИЛ	- интерлейкин
ЛИИ	- лейкоцитарндык интоксикация индекси
ЛМА	- лейкоцитмодуляциялоочу активдүү кандын сүртүндүсүндө
ЭБ	- эл аралык бирдик
МСМ	- орточо массанын молекуласы
КДЖ	- курч дем алуу жетишсиздиги
КРДС	- курч респиратордук дистресс-синдрому
ЦПК	- циркуляциялык плазманын көлөмү
ЛПК	- липиддердин перекистик кычкылдануусу
ПЭГ	- полиэтиленгликоль
БХТ	- биринчи хирургиялык тазалоо
РП	- регулятордук пептиддер
САБМСТ	- айкалышкан баш сөөк-мээ жана скелеттик травмасы
ЭИС	- эндогендик интоксикациянын синдрому
СД	- иммунорегулятордук клеткалар (дифференцировка кластери)
ТТГ	- тиреотропик гормон
ТАФ	- тромбоциттердин активациялык фактору

БНС	- борбордук нерв система
ЦИК	- циркуляциялык иммундук комплекси
БМТ	- баш сөөк-мээ травмасы
СИХ	- спонтандык жана индуцирленген хемилюминесценция
СF	- пульстук өзгөрүүлөр
Ig	- иммуноглобулин
NO	- азот кычкылы
M	- орточо арифметикалык чоңдук
P	- ар кандай маанидеги деңгээли
r	- корреляция коэффициент

Басууга 2018 ж. кол коюлду.
Офсет кагазы. Форматы 60X90.
Көлөмү 2,5 б.б. Нускасы 100 экз.
«Алтын Тамга» типографиясында басылган