

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы  
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН  
САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРИЛИГИ  
ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУ**

**Д 14.20.609 диссертациялык кеңеши**

Кол жазма укугу менен  
**УДК 616.743.1-009.12:616-08:616-053.2**

**ЭМИЛБЕКОВ МИРБЕК ЭМИЛБЕКОВИЧ**

**БАЛДАРДАГЫ КЫЙШЫК МОЮНДУУЛУК: СТРУКТУРАСЫ,  
ДИАГНОСТИКАЛЫК КРИТЕРИЙЛЕР ЖАНА ДАРЫЛОО  
ЫКМАЛАРЫНЫН ОПТИМИЗАЦИЯСЫ**

14.01.19 – жаш балдар хирургиясы

Медицина илимдеринин кандидаты  
окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн  
жазылган диссертациянын  
авторефераты

**Бишкек – 2021**

Диссертациялык иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун курч хирургиялык инфекциялар бөлүмүндө аткарылган.

**Илимий жетекчиси:** **Узакбаев Камчибек Аскарбекович**  
медицина илимдеринин доктору, профессор,  
С. Тентишев атындагы Азия медициналык  
институтунун деканы

**Расмий оппоненттер:** **Омурбеков Талант Ороскулович**  
медицина илимдеринин доктору, профессор,  
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик  
медициналык академиясынын жаш балдар  
хирургиясы кафедрасынын башчысы

**Дуйсенов Нурлан Булатович**  
медицина илимдеринин доктору,  
жалпы хирургия кафедрасынын  
травматология жана ортопедия курсунун  
башчысы

**Жетектөөчү уюм:** Самарканд мамлекеттик медициналык  
институту, дипломдон кийинки билим берүү факультетинин жаш балдар  
хирургиясы, анестезиология жана реаниматология кафедрасы (140100,  
Өзбекистан Республикасы, Самарканд ш., Амир Темур көчөсү 18)

Диссертацияны коргоо 2021-жылдын 1-декабрында саат 13:00  
медицина илимдеринин докторлук (кандидаттык) окумуштуулук даражасын  
коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык  
академиясына жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо  
министирлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборуна караштуу Д  
14.20.609 диссертациялык кеңештин отурумунда (720020, Бишкек ш.,  
Ахунбаев көчөсү, 92, конференция залы) өткөрүлөт. Диссертацияны онлайн  
коргоо режиминдеги коргоонун жеткиликтүү идентификатору:  
<https://vc.vak.kg/b/142-bnh-vll-gmr>

Диссертациялык иш менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз  
мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев  
көчөсү, 92) жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо  
министирлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун (720038,  
Бишкек ш., Ахунбаев көчөсү, 190) китепканаларынан, ошондой эле  
<https://kgma.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2021-жылдын 1-ноябрында жөнөтүлдү.

Диссертациялык кеңештин окумуштуу катчысы,  
медицина илимдеринин кандидаты, доцент

А. Ж. Болотбекова

## ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

**Диссертациянын темасынын актуалдуулугу.** Жаш балдардын өсүүсүндөгү тубаса кемтиктердин көйгөйлөрү бир кыйла актуалдуу бойдон калууда жана олуттуу социалдык-медициналык мааниге ээ (С. В. Семенов, 2013). Тубаса булчуң кыйшык моюндуулук тубаса кемтиктердин арасындагы көп кездешкен оорулардын бири болуп саналат жана бардык таяныч-кыймыл аппараттарынын ооруларынын 12,5% түзөт (А. П. Поздеев, 2000). Жогоруда аталган ооруу көп учурда оор майыптыкка, башкача айтканда, ооруунун өзү эле эмес беттин, баш сөөктүн жана омурткалардын экинчилик деформациясына алып келиши мүмкүн (Х. Р. Рахматуллаев, 2010).

Кыйшык моюндуулуктун түрдүү формадагы этиологиясы жана патогенези азыркы мезгилге чейин биротоло аныкталган эмес жана азыркы мезгилде тубаса булчуң кыйшык моюндуулуктун өнүгүшүн түшүндүрүп берүүчү ар кандай теориялар бар (О. М. Янкова, 2016).

Тубаса булчуң кыйшык моюндуулукту клиникалык көрүнүү мезгилине жараша эрте жана кеч болуп эки формага бөлүшөт. Байкоодогу 4,5-14% оорулуулардын эрте формасында, ооруунун белгилери туулгандан баштап же жашоосунун биринчи эле күндөрүндө байкалат. Оорулуулардын басымдуу көпчүлүгүнүн кеч формасында байкалгандай клиникалык белгилери акырындык менен көбөйөт жана наристенин жашоосунун 2-3 жумасында көкүрөктөгү акырек-төш булчуңунун тыгыз консистенциясынын калыңдашы пайда боло башталат (С. В. Семенов, 2013).

Балдардагы тубаса кыйшык моюндуулукту дарылоо консервативдүү иш чараларды (массаж, дарылоо үчүн дене тарбия, булчунга КJ жасалган электрофорез жана лидазалар, парафиндик жана озокериттик аппликациялар, баланы туура жаткыруу) жана анын таасири жок болгондо хирургиялык кийлигишүүлөрдү камтыйт (С. В. Семенов, 2013).

Бирок консервативдүү ыкмалардын узактыгы жана оперативдүү дарылоонун көрсөткүчтөрү боюнча бирдиктүү пикирлер жок. Кээ бир авторлор алгачкы этаптардагы хирургиялык дарылоону максаттуу деп эсептешет (С. В. Семенов, 2013), ал эми башкалары балдарды калыбына келтирип дарылоонун кыйынчылыктары менен байланыштырып күтүүчү тактиканы сунушташат.

2014-жылдагы Россиянын травматолог-ортопеддеринин ассоциациясынын маалыматтары боюнча консервативдүү дарылоону 1,5 жашка чейинки жаш балдарга жүргүзүшөт, ал эми оң жыйынтык чыкпаган учурда, 1,5 жаштан кийин аткарылуучу хирургиялык дарылоону колдонуу керектигин сунушташат (А. П. Поздеева, 2013).

Демек, жогоруда айтылгандар кыйшык моюндуулуктун пайда болуусунун алдын-ала айтуу боюнча, узактыгы жана консервативдүү дарылоо ыкмалары боюнча, ошондой эле түрдүү формадагы кыйшык моюндуулукту оперативдүү коррекциялоонун технологиялары жана көрсөткүчтөрү боюнча азыркы мезгилге чейин бирдиктүү пикирлер жок экендиги тууралуу

жыйынтык чыгарууга мүмкүндүк берет. Жогоруда келтирилген аргументтер бул жүргүзүлгөн изилдөөнүн негизи катары кызмат кылган.

**Диссертациянын темасынын приоритеттик илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөө иштери, билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүлүүчү илимий иштер менен байланышы.** Диссертациялык иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун «Балдардын түрдүү органдарындагы жана системаларындагы тубаса патологиялары: клиникалык-этиологиялык аспектилер, консервативдүү жана хирургиялык ыкмалар менен дарылоону өркүндөтүү» деген комплекстүү темадагы илимий-изилдөө иштеринин алкагында аткарылган, мамлекеттик каттоонун №0007217.

**Изилдөөнүн максаты.** Балдардагы кыйшык моюндуулукту дарылоонун диагностикалык жана божомолдук процесстеринин оптимизациясынын натыйжалуулугун жогорулатуу, оорулуу жаш балдарды реабилитациялоо жана хирургиялык технологияларды өркүндөтүү.

**Изилдөөнүн милдеттери:**

1. Кош бойлуу аялдардын бир катар медициналык жана биологиялык факторлорундагы жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун пайда болушунун божомолдук маанисин изилдөө, хирургиялык стационарлардын маалыматтары боюнча жакынкы мезгилдеги балдардагы кыйшык моюндуулуктун жыштыгы жана ооруунун түзүлүшү жөнүндөгү божомолду сунуш кылуу.

2. Балдардагы кыйшык моюндуулуктун клиникалык белгилеринин өзгөчөлүгүн жана сезгичтигин аныктоо, ошондой эле кыйшык моюндуулукту алдын-ала аныктоо үчүн божомолдоочу комплекстерди бөлүп көрсөтүү.

3. Консервативдүү терапия комплексинде оптимизацияланган фиксаторду колдонуунун алгылыктуулугун жана натыйжалуулугун изилдөө.

4. Балдардагы кыйшык моюндуулукту сунуш кылынган оперативдүү кийлигишүү технологиясын колдонуу менен хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун аныктоо.

**Алынган жыйынтыктардын илимий жаңылыгы:**

- Биринчи жолу статистикалык маалыматтарды моделдоонун негизинде жакынкы келечектеги Кыргыз Республикасындагы балдардагы кыйшык моюндуулуктун (2025-жылга чейин) санынын 2,06 эсеге көбөйүшү далилденген, ушул эле патологиялардан тубаса булчуңдуусу (69,4%), оң жактуу кыйшык моюндуулук (30,5%) басымдуулук кылат, тубаса булчуңдуу кыйшык моюндуулуктун мүнөздүү эмес тобокелдик факторлору болуп эненин жыныстык чөйрөсүндөгү сезгенүүлөр жана соматикалык ооруулар саналат да, жатындын ичинде моюн бөлүмүнүн түзүлүү учурундагы омуртка менен булчуң тканынын структурасынын бузулууларга кабылышы кош бойлуулуктун (талгак болуу, түйүлдүктүн туура эмес жайгашуусу) жана төрөттүн (бойдон түшүү коркунучу, стимулдаштырылган төрөт) патологиялык агымы менен күчөтүлөт.

- Кыйшык моюндуулуктун клиникалык белгилеринин диагностикалык маанисинин деңгээли аныкталган: аргасыз болгон абал же баштын эңкейип калышы - 100%, беттин асимметриясы - 100%, омуртканын деформацияланышы - 98,6%, моюн ооруусу - 56,9%, угуунун төмөндөшү - 4,2%. Катшы боюнча кифоз/лордозго (36,2%) караганда моюн-көкүрөк (63,8%) үстөмдүк кылгандыгы рентгенологиялык жактан далилденген, УУ изилдөөлөрүндө булчуң массасынын өлчөмү, мүнөзү жана жыштыгы такталган (9,7-45,8% чейин), анын ичинде дистрофиялык дагы, МРТ болсо омуртканын моюн-көкүрөк бөлүмдөрүнүн (36,0-64,0% чейин) жана көкүрөктөгү акырек-төш булчуңдарынын (100%) өзгөрүү жыштыгы такталды.
- Биринчи жолу колдонууга ыңгайлуу жана алдын-ала сунушталган фиксатордон бир катар терс кесепеттерин алып салуу менен, реабилитациялоонун бардык этаптарындагы натыйжалуулукту жогорулатууга мүмкүндүк берген, моюнду фиксациялоонун жалпы кабыл алынган ыкмаларды талдоонун жетишсиздиктеринин негизинде анын оптимизацияланган варианты сунушталган.
- Биринчи жолу кыйшык моюндуулукту хирургиялык жактан дарылоо боюнча аз инвазивдүү технология иштелип чыкты жана клиникалык-методологиялык негиздеме берилди, булардын натыйжалуулугу процесс учурундагы жана операциядан кийинки кыйынчылыктардын жоктугу менен, ошондой эле узак мөөнөттүү дарылоонун мыкты натыйжалары менен тастыкталат.

**Алынган жыйынтыктардын практикалык маанилүүлүгү.** Балдардагы тубаса булчуңдуу кыйшык моюндуулукту реабилитациялоонун жана дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу үчүн жөнгө салуучу моюн фиксаторун жаш балдар хирургиясынын (ортопеддер) практикасына киргизүү.

Балдардагы кыйшык моюндуулукту хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртууга мүмкүнчүлүк берүүчү, орперативдүү кийлигишүүнүн аз инвазивдүү ыкмасы иштелип чыкты.

Дарылоонун структура, диагностика жөнүндөгү жаңы маалыматтарын жана оптимизацияланган ыкмаларын медициналык ЖОЖдун студенттеринин жана дарыгерлердин квалификациясын жогорулатуу факультеттерине окутуу программаларына киргизүү керек.

**Алынган жыйынтыктардын экономикалык маанилүүлүгү.** Алынган жыйынтыктарды саламаттык сактоонун практикаларына киргизүү оорулуулардын ооруусун алдын-ала аныктоонун, рационалдык дарылоону өз убагында дайындоонун, хирургиялык дарылоого кеткен каражаттын чыгымынын азайышынын жана майып балдардын санынын төмөндөшүнүн эсебинен медициналык-экономикалык натыйжага ээ болот.

### **Коргоого алынып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:**

1. Жакынкы келечекте (2025-жылга чейин) кыйшык моюндуулук менен жабыркаган жаш балдардын саны 2,06 эсеге көбөйүшү мүмкүн. Кыйшык моюндуулуктун структурасын негизинен сол тарабында жайгашкан (33,3%) жана кыйшык моюндуулукка (30,5%) салыштырмалуу оң тарабында жайгашкан (66,6%) тубаса булчуң кыйшык моюндуулук (69,4%) түзөт. Кыйшык моюндуулуктун пайда болуу коркунучу спецификалык эмес факторлорго байланыштуу (ооруу, заара чыгаруучу жолдордогу инфекциянын болушу, кош бойлуу учурундагы жыныс жолдору аркылуу жугуучу жугуштуу оорулар), ал эми тубаса кыйшык моюндуулуктун себептеринин фактору болуп кош бойлуулук жана төрөт убагындагы аномалдык учурлар саналат.

2. Булчуңдуу кыйшык моюндуулуктун диагностикалык маанилуу клиникалык белгилери болуп баштын аргасыз абалдагы көрүнүшү, беттин асимметриясы, баштын кыймылынын чектелиши болуп көкүрөк-акырек-төш булчуңдарынын жабыркаган симптомдору эсептелет, ошондой эле 98,6% оорулуу балдардын омурткаларынын деформацияланышы аныкталды.

3. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдар үчүн консервативдүү терапия комплексинде оптималдаштырылган моюн фиксаторун колдонуу хирургиялык дарылоонун зарылдыгын азайтып, операциядан кийинки мезгилдеги балдарды реабилитациялоонун натыйжалуулугун жогорулатат.

4. Кыйшык моюндуулук учурунда сунуш кылынган технология боюнча аз инвазивдүү операцияны жасоо операциянын узактыгынын азайышынын эсебинен, ошондой эле оперативдүү дарылоонун жакшы жана канааттандыраарлык натыйжалары бар балдардын санын көбөйтүү менен дарылоонун жыйынтыгын жакшыртууга мүмкүндүк берет.

**Издөнүүчүнүн жеке салымы.** Жеке автор тарабынан ретроспективдүү жана проспективдүү өзүнчө карта иштелип чыкты, кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарды көзөмөлдөө учурундагы дарылоо, динамикалык клиникалык жана лабораториялык текшерүүлөр үчүн материалдарды топтоо иштери жүргүзүлдү, автор хирургиялык операцияларды даярдоого жана жүргүзүүгө, алынган маалыматтарды иштеп чыгууга катышкан. Клиникалык материалдарды талдоонун негизинде тыянактар жана саламаттык сактоо үчүн практикалык сунуштар түзүлдү.

**Изилдөөнүн натыйжаларын апробациялоо.** Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары профессор Т. И. Покровскийдин 90-жылдык юбилейине арналган илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2014), И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын жаш окумуштууларга арналган илимий-практикалык конференциясында (Бишкек, 2015), КМШ өлкөлөрүнүн педиатрлардын VIII конгрессинде баяндалып талкууланды.

**Диссертациянын натыйжаларынын басылмаларда толук чагылдырылышы.** Диссертациянын темасы боюнча 6 илимий эмгектери жарыкка чыккан, анын ичинен КР ЖАКсы тарабынан сунушталган – 2 илимий

макалалар, РИНЦ системалары аркылуу индекстелүүчү илимий мезгилдүү журналдарында – 4 илимий макалалар жарыяланган.

**Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү.** Диссертация компьютерде терилип 124 беттен турат жана орус тилинде жазылган. Ал киришүүдөн, адабий серептен, изилдөөнүн материалдарынан жана ыкмаларынан, жеке изилдөөлөрдүн жыйынтыктарынан, тыянактардан, практикалык сунуштардан жана колдонулган адабияттардын тизмесинен турат. Диссертацияда 4 таблица жана 58 сүрөт бар. Библиографиялык көрсөткүч 150 булакты камтыйт, алардын ичинен 111 орус тилдүү жана 39 чет элдик булактар.

## **ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ**

**Киришүүдө** диссертациялык ишти изилдөөдөгү актуалдуулугу жана аны жүргүзүү зарылчылыгынын негиздемеси, иштин максаты, тапшырмалары, илимий жаңылыгы, иштин практикалык манилүүлүгү жана диссертациянын коргоого чыгарылган негизги жоболору көрсөтүлгөн.

**1-бап. Адабий сереп.** Балдардагы кыйшык моюндуулуктун көйгөйлөрү боюнча ар кандай авторлордун эмгектеринде ооруунун көп этиологиялуу жана формалардын ар түрдүүлүгүн чагылдырган, ошондой эле клиникалык агымдын өзгөчөлүгүнө, алдын-ала диагностикалоонун зарылчылыгына жана ушул патологияларды дарылоого талдоо берилген. Адабий серептин бардык бөлүмдөрүндө жаңы төрөлгөн ымыркайларда кыйшык моюндуулуктун пайда болуу ыктымалдыгын божомолдогон көйгөйлөр, үй-бүлөлүк дарыгерлердин деңгээлинде ооруунун алгачкы белгилерин аныктоого мүмкүндүк берген алгачкы клиникалык симптомдорду бөлүп алуу көрсөтүлгөн, жогорудагы патологияны консервативдүү жана хирургиялык дарылоонун оптимизацияланган ыкмасы иштелип чыгуу - бул патологияны дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатуу үчүн резерв болуп калышы мүмкүн. Келтирилген аргументтер сунушталган диссертацияны пландаштыруу жана ишке ашыруу үчүн негиз болду.

**2-бап. Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары.** Изилдөө иштери Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун (ЭЖКУБ) базасында – курч хирургиялык инфекциялар бөлүмүндө жүргүзүлдү.

2019-2025-жылдарга карата балдардагы оорулардын өөрчүп кетишине божомол жасалып, экспоненттик түздөө модели колдонулду.

**Изилдөө объектиси:** «Кыйшык моюндуулук» диагнозу менен 72 бейтап текшерилди, алардын бардыгы ЭЖКУБда стационардык жана амбулатордук дарыланууда болушту, ал эми клиникалык диагноз МКБ–10 негизинде коюлду. Жаш курактагы 3 айлык мезгилден 17 жашка чейинки балдар болуп, орточо жаштагыларды 6 жашар балдар түзүштү. 33 (45,8%) текшерүүдөн өткөндөргө «Оң тараптуу тубаса булчуң кыйшык моюндуулук» деген диагноз коюлду, ал эми 17 (23,6%) оорулууга «Сол тараптуу тубаса булчуң кыйшык моюндуулук», 15 (20,8%) бейтапка «Оң тараптуу булчуң кыйшык моюндуулук» жана 7 (9,7%) «Сол тараптуу булчуң кыйшык моюндуулук» диагноздору коюлган.

**Изилдөө предмети:** стационардык оорулуунун медициналык картасынын маалыматтары (№ 003/У) жана бейтаптардын амбулатордук картасы, рентгенограммалар, КТ, МРТ жана изилдөөнүн нейрофизиологиялык ыкмалары колдонулду. Инструменталдык-диагностикалык ыкмалар ЭЖКУБнун базасында - функционалдык жана нур диагностикасы бөлүмүндө жүргүзүлдү. Клиникалык диагноз «Кыйшык моюндуулук» МКБ-10 негизинде коюлду.

**Изилдөөнүн жыйынтыктарын статистикалык иштеп чыгуу.** Алынган жыйынтыктардын математикалык-статистикасы компьютердик программа SSPS 16.0. жардамы менен иштелип чыкты. Орточо арифметикасын ( $M$ ), орточо квадратын ( $\sigma$ ), катарлардын катасын ( $m$ ) жана ар кандай өзгөрмөлөрдүн жыштык деңгээлин (тобокелдик факторлор ж.б.) аныктоочу вариациялык статистика ыкмасы пайдаланылган.

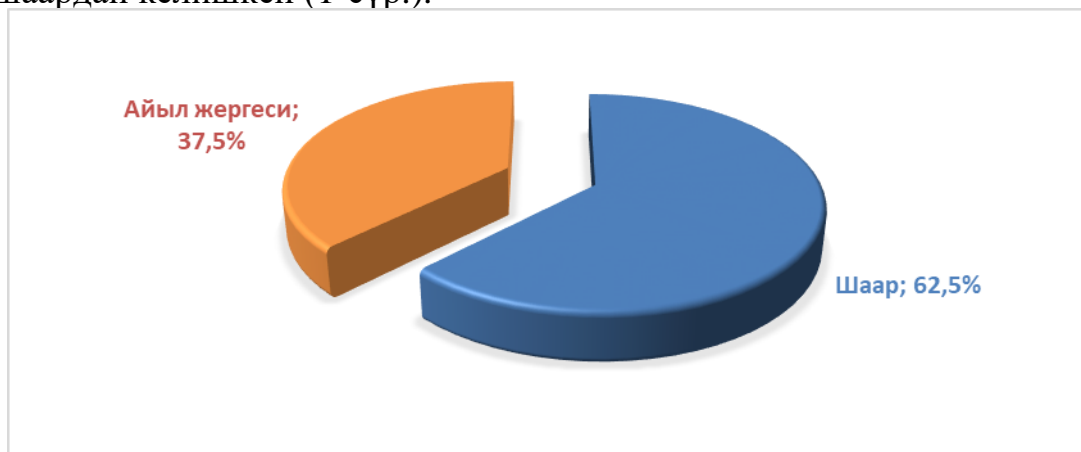
Жеткиликтүү деңгээл Стьюденттин  $t$ -критерийи боюнча аныкталды. Орточо чоңдукту тандоону салыштыруу жана айырмачылыктын маанилүүлүгүнүн деңгээлин эсептөө үчүн дисперсиондук талдоо колдонулду.

Изилдөөдө регрессиялык талдоону колдонуу менен жакынкы аралыктагы балдардагы кыйшык моюндуулуктун деңгээлин божомолдоого мүмкүнчүлүк түзгөн статистикалык эсептөөлөр жүргүзүлдү.

### **3-бап. Жеке изилдөөнүн жыйынтыктары жана аларды талкулоо.**

*3.1. Кыйшык моюндуулуктун пайда болушунун тобокелдик факторлору, жыштыкты болжолдоо, текшерүүдөн өткөн жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун структурасы.*

Жогоруда аталган бапта Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун курч хирургиялык инфекциялар бөлүмүндө стационардык дарылануудан өткөн 3 айлык ымыркайдан баштап 17 жашка чейинки «Кыйшык моюндуулук» диагнозу коюлган 74 балдардын (40 кыз жана 32 бала) текшерилүүсүнөн жана дарылануусунан кийинки жыйынтыктары чагылдырылган. Текшерилүүдөн өткөндөрдүн маалыматтарынан: 45 (62,5%) бала айылдан жана 27 (37,5%) бейтап шаардан келишкен (1-сүр.).

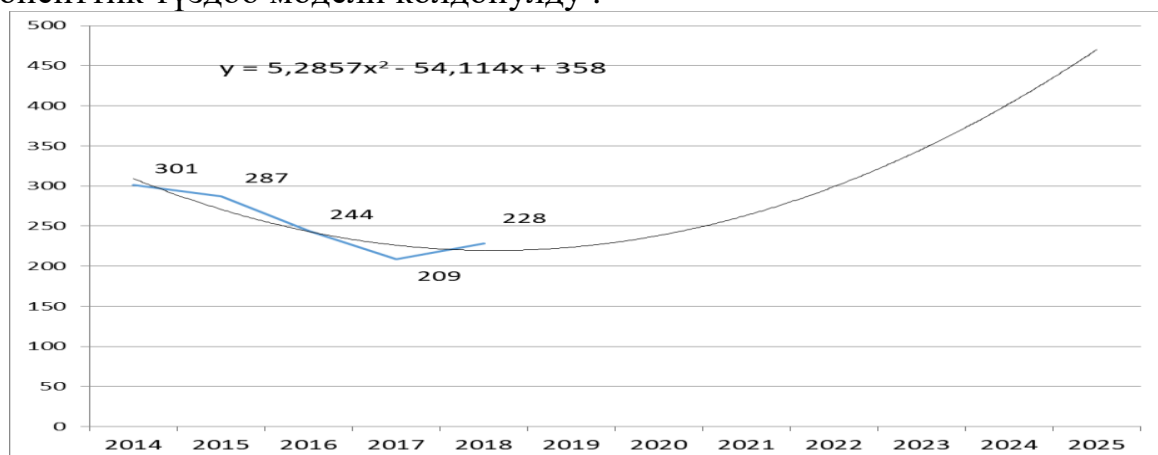


1-сүрөт. Аймактык белгилер боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү.

2-сүрөттө саламаттык сактоонун маалыматтары боюнча Кыргыз Республикасындагы жаш балдардагы кыйшык моюндуулукту болжолдоонун



өсүшү менен ооруунун динамикасы боюнча маалыматтар жана алардын электрондук варианттары көрсөтүлгөн. 2019-2025-жылдар учурундагы балдардын оорууларынын көбөйүшүн тез арада болжолдоону түзүү үчүн экспоненттик түздөө модели колдонулду.



2-сүрөт. Кыргыз Республикасындагы жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун таралуусунун божомолу.

Алынган жыйынтыктардын талдоосу көрсөткөндөй, болжолдоонун катасы орто эсеп менен 3% ашпайт, демек берилген нозологиялык форманын келип чыгышын алдын-ала болжолдоо жөнүндөгү жогорудагы жыйынтыктарынын аныктыгын тастыктайт. Көрсөтүлгөн диаграммага ылайык, 2017-жылдан баштап Кыргыз Республикасында ооруунун бир калыптагы өсүшү белгиленди, б.а. ар бир жаш курак тобундагы кыйшык моюндуулук менен жабыркаган жаш балдардын туруктуу динамикасы байкалды.

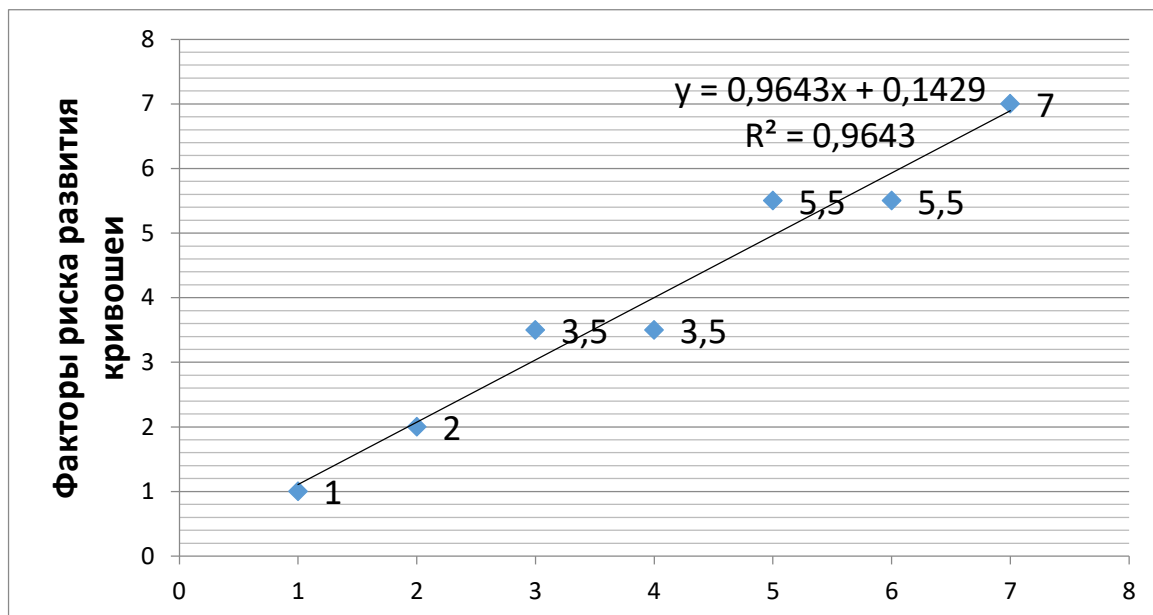
*Жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун пайда болуу тобокелдик факторлорун ранжировкалоо.*

1-таблица - Жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун пайда болуу обокелдик факторлорун ранжировкалоо

Факторлор	Рангдар
Кош бойлуулук мезгилинде талгак болуу	1
Түйүлдүктүн туурасынан жатышы	2
Бойдон түшүү коркунучу	3,5
Стимулдаштырылган төрөт	3,5
40 жумадан ашкан гестациянын мөөнөтү	5,5
Түйүлдүктөгү булганган же жашыл суюктук	5,5
Кечиккен төрөт	7

Тобокелдик факторлорунун жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун өөрчүшүнө тийгизген таасирлеринин деңгээли боюнча ранжировкалоо иштери жүргүзүлдү. Жогоруда аталган факторлор биринчилик медициналык-санитардык кызматтардын деңгээлиндеги алдын алуу иштерин жүргүзүү жана жеке медициналык борборлорунда үй-бүлөнү пландоо үчүн зарыл.

Эң негизги тобокелдик фактор болуп кош бойлуулук мезгилиндеги талгак болуу (1) жана түйүлдүктүн туурасынан жатышы (2) саналат. Кыйшык моюндуулуктун тобокелдик факторлору да төмөнкүдөй божомолдоочу мааниге ээ: бойдон өзүнөн-өзү эле түшүү коркунучу жана стимулдаштырылган төрөт (3,5). Болжолдуу маанинин орточо деңгээлине ээ болгондор: 40 жумадан ашкан гестациянын мөөнөтү жана түйүлдүктөгү жашыл суюктук (5,5). Кечиккен төрөт (7) кыйшык моюндуулуктун өөрчүү божомолунда бир аз гана мааниге ээ (3-сүр.).

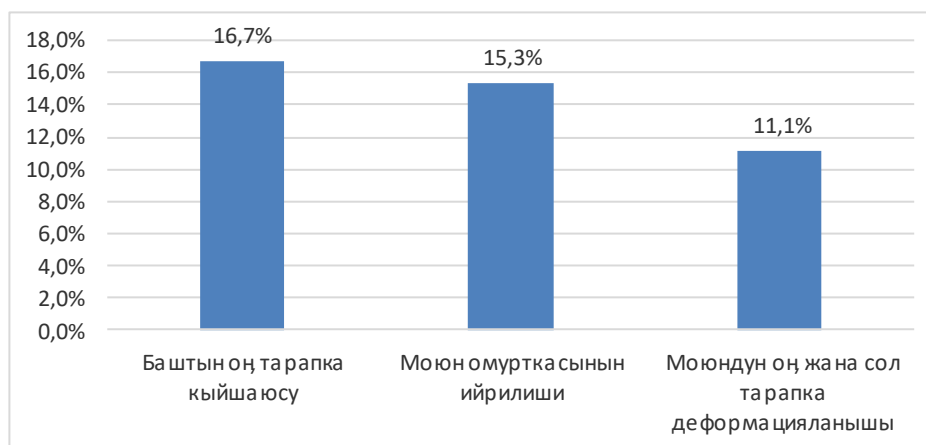


3-сүрөт. Жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун пайда болуу тобокелдик факторлорунун рангдык мааниси.

### 3.2. Жаш балдардагы кыйшык моюндуулуктун клиникалык жана инструменталдык-лабораториялык көрсөткүчтөрү.

Жогорудагы бапта текшерилүүдөн өткөн оорулуулардагы кыйшык моюндуулуктун негизги клиникалык симптомдору сүрөттөлгөн.

Текшерилүүгө кайрылган 12 (16,7%) балдардын башынын оң тарапка карай кыйшайып калгандыгы боюнча даттануулары болгон, демек бул ымыркайларда жана жаш балдардагы оң тараптуу кыйшык моюндуулуктун басымдуулук кылгандыгы бардыгына белгилүү болгон чындыкты тастыктайт. Жогоруда аталган патология баш ийкөө (көкүрөк-акырек-үрп сымал) булчуңунун функциясынын бузулушуна байланыштуу. Ал эми 11 (15,3%) бейтапта энелеринин сөздөрүнө караганда, моюн омурткаларынын оң тарапты карай ийрилгендиги тууралуу даттануулары айтылды. 8 (11,1%) бейтаптын моюнунун оң жана сол тарабында тең деформация болгон (4-сүр.).



4-сүрөт. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдардын дарыгер ортопедке кайрылгандагы даттануулары.

2-таблицада бейтаптардын ортопед дарыгерине кайрылган даттануулары көрсөтүлгөн. Моюндун оң тарабынын деформациясы жана беттин асимметриясы боюнча 4 (5,6%), ал эми моюндун оң тарабынын деформациясы жана угуунун жоголушу боюнча 3 (4,2%) балдардын даттануулары болгон.

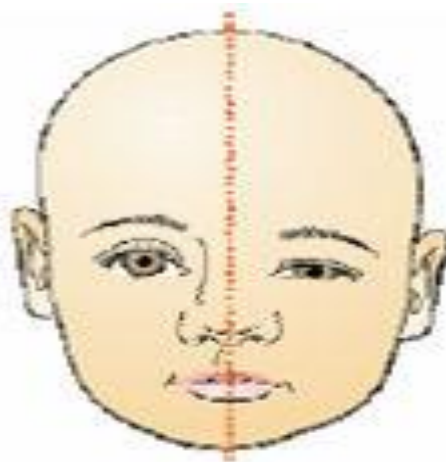
Ошондой эле, бейтаптардын моюн бөлүгүндөгү деформациянын пайда болуу убактысын талдап чыктык. Моюн бөлүгүндөгү деформациялануу: 36 (50,0%) баланын төрөлгөн күнүнөн баштап эле, 19 (26,4%) 1 айлык бейтаптарда, 7 (9,7%) 2 жашка чыккандарда, 3 (4,2%) 5 айлык мезгилинде байкалган. 5 жана 6 жаштагы 2 (2,8%) баланын, 2 айлыктагы 1 (1,4%) ымыркайдын мойнунда деформация болгон, ал эми 2 жыл мурун 1 (1,4%) жана 2 ай мурун 1 (1,4%) балада байкалган.

2-таблица – Бейтаптардын адистерге кайрылуу учурундагы даттануулары

Даттануулардын түрлөрү	Абс.	%
Баштын оң тарапка кыйшаюусу	12	16,7
Моюн омурткасынын оң тарапка ийрилиши	11	15,3
Оң тараптагы моюн деформациясы	8	11,1
Сол тараптагы моюн деформациясы	8	11,1
Моюндун ийри болушу жана баштын оң тарапты карай мажбурланып турушу, кыймылдын чектелиши	7	9,7
Оң тараптагы моюн деформациясы	6	8,3
Башты ийгенде сол тарапты карай мажбурланып турушу	6	8,3
Беттин асимметриясы, он тараптагы моюн аймагынын оорушу, бетти тескери бурганда кыймылдын чектелиши	5	6,9
Моюндун оң тарапка деформацияланышы жана беттин асимметриясы	4	5,6
Моюндун оң тарапка деформацияланышы жана угуунун жоголушу	3	4,2

Бардык 72 (100%) бейтаптын динамикасында моюн аймагындагы деформациялануунун күчөшү байкалган. Ошондой эле, ошол эле мезгилдеги же анамнез учурундагы баш айлануунун бар экендиги бааланган. 50,0% балада дагы баш айлануунун бар экендиги тууралуу маалымат болгон. Баш айлануу,

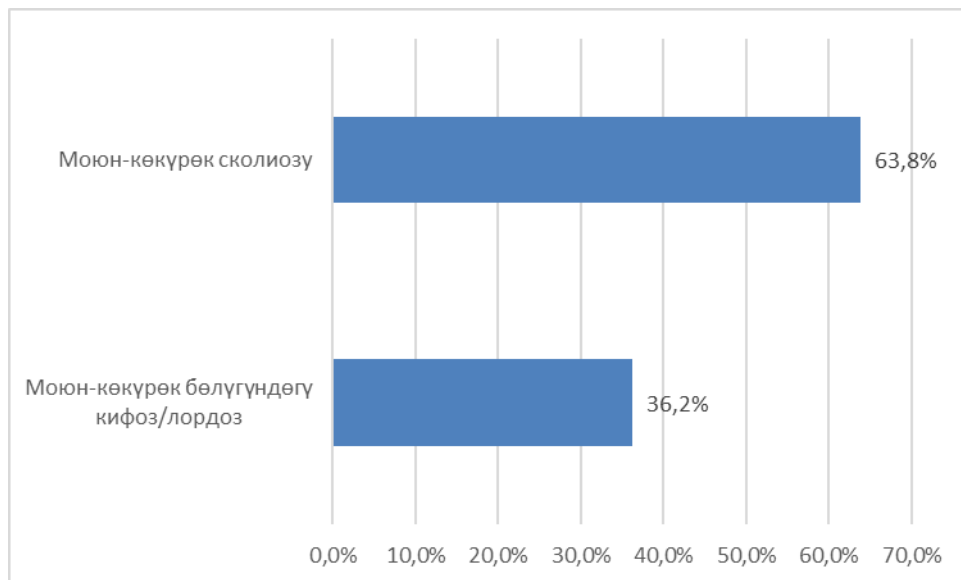
башкача айтканда баш айлануунун вертебробазилярдык жетишсиздиги 5 (6,9%) балада кездешкен. Ал эми беттин асимметриясы 100% балдарда жана омуртканын деформацияланышы 98,6% бейтапта кездешкен. Балдардагы булчуңдуу кыйшык моюндуулукта беттин асимметриясы учурундагы өзгөчөлүктөрдүн бири болуп эч кандай мимиканын жоктугу болду (5-сүр.).



5-сүрөт. Беттин асимметриясы менен бирге кыйшык моюндуулук диагнозу коюлган бейтап.

36,2% бейтаптын моюн жана көкүрөк бөлүктөрүнө рентгенография жүргүзгөн учурда омуртканын моюн-көкүрөк бөлүктөрүндөгү кифоз/лордоздун орду бар экендиги билинди. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган оорулуулардын ошол аймактарындагы оор күчтүн болушунун байкалгандыгына байланыштуу, алардын моюн бөлүктөрүндө кифоздун өөрчүшү аныкталган. Моюн кифозу омуртка жүлүнүнүн табигый жактан ийри болуп өзгөрүүсүнүн натыйжасында пайда болот, башкача айтканда бир аз гана ийрилүү дагы амортизациялык функцияны ишке ашырууга жардам берет. Анын негизинде омурткага болгон ашыкча оордук азайып, оордук бир кыйла бирдей болуп бөлүштүрүлөт.

63,8% кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдардын моюн-көкүрөк бөлүктөрүн рентгенологиялык текшерүүдөн өткөргөн учурда булчуңдун туура эмес өөрчүшүнүн негизинде келип чыккан (6-сүр.) сколиоз (омуртканын ийри болуп кыйшайуусу) аныкталган. Бул балдардагы аныкталган сколиоз ийин менен моюндун ачык эле деформацияланышына алып келет.



6-сүрөт. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдардын омурткасынын моюн-көкүрөк бөлүктөрүнүн рентгенографиялык текшерүүдөн өткөн маалыматтары.

45,8% бейтаптын омурткасынын моюн бөлүктөрүнө жана жумшак ткандарына УҮИ жүргүзүүдө оң тараптагы көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдуу массасынын тыгыздалган жана чоңойгон белгилери, ошондой эле дистрофикалык өзгөрүүлөрү аныкталды. Ал эми 23,6% оорулуулардын сол тараптагы көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдуу массасынын тыгыздалып, чоңойгон белгилери жана дистрофикалык өзгөрүүлөрү байкалды. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган 20,8% балдардын он жактагы булчуңдарынын ортоңку жана төмөнкү үчтөн бир бөлүгүнүн айланасындагы тегерек форманын локалдык тыгыздалышы белгиленди. Ошондой эле 9,7% бейтаптын сол жактагы булчуңдарынын ортоңку жана төмөнкү үчтөн бир бөлүгүнүн айланасындагы тегерек форманын локалдык тыгыздалышы белгиленген.

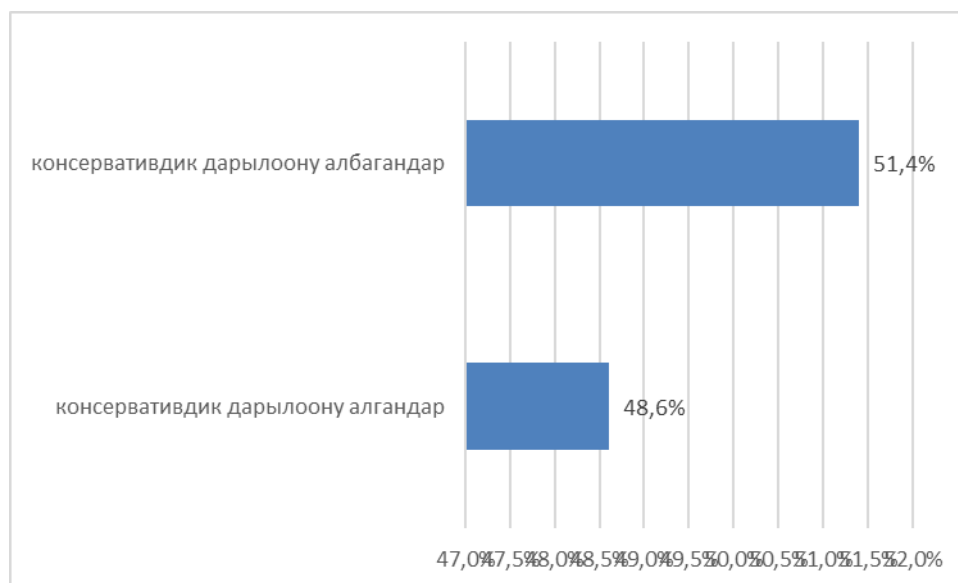
МРТ изилдөөсүнөн өткөрүү учурунда 100% бардык оорулуулардын көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын өзгөрүүсү аныкталды. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган 64,0% бейтаптын көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын өзгөрүүсү менен бирге моюн-көкүрөк сколиозу аныкталган. 36,0% оорулуунун моюн-көкүрөк бөлүктөрүндөгү көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын өзгөрүүсү менен кифоз/лордоз аныкталган.

*3.3 Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарды консервативдик дарылоо.*

«Кыйшык моюндуулук» диагнозу коюлган 72 бейтаптын ичинен 35 баланы түзөтүү гимнастикасы менен дарылоо Улуттук Эне жана баланы коргоо борборунда амбулатордук-консервативдик ыкма менен ишке ашырылды (7-сүр.).

Балдардагы көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын өзгөрүүсү байкалганда консервативдик дарылоо дайындалды. Оорулуунун башын дарылоо мезгилинде бир калыпта кармоо үчүн хирургиялык инфекциялар

бөлүмүнүн кызматкерлери тарабынан иштелип чыккан моюн фиксаторун тагып жүрүү сунуш кылынган, аны колдонуу ыңгайлуу жана оной.



7-сүрөт. Алган дарылануусуна көз каранды болгон оорулуулар (%).

Ар бир оорулуунун жашына, жынысына жана башка өзгөчөлүктөрүнө жараша өзүнчө жеке сунуштар дайындалган. Жүргүзүлгөн дарылоо курсунун аягында ата-энелер дарылоону үй шартында улантуу үчүн кийинки сунуштарды алышкан. Көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарды калыбына келтирүү үчүн атайын түзөтүү көнүгүүлөрү зарыл. Жабыркаган булчуңдардагы тырык ткандардын тегизделип жоголушу жана кан айлануунун жакшырышы үчүн кошумча физиотерапиялык дарылоо жүргүзүлгөн.

Консервативдик дарылоонун жыйынтыктарын аныктоо үчүн биз 3 жылдан кийин консервативдик ыкма менен дарыланган 25 бейтапты кайрадан текшерип чыктык. Бизге кайрылган кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдар 2 жыл ичинде консервативдик терапияны үзгүлтүксүз алып турушкан жана каттоодо болушкан. Ал эми 25 бейтаптын ичинен 16 (65%) бала башын ийкей алышчу эмес, эки жакка бура алышчу эмес, башынын кадимки абалында көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдары чыналчу эмес. Жыйынтыктар жакшы деп бааланды.

9 (35%) бейтапта көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарында башка жактарына салыштырмалуу бир аз гана тыгыздалуу байкалган. Ушул эле оорулуулардын баштарынын кыймылы кадимкидей эле нормада болгон, ал эми баштын жабыркаган тарапка кыйшайышы дени сак тарапка караганда бир аз жогору болгон, башкача айтканда бир бутунда гана чыңалуу байкалган. Бул жыйынтыктар бир тараптан канааттандыраарлык деп бааланды. 5 (14,3%) балада бир аз гана беттин ассиметриясы болуп, башын кыймылга келтиргенде чектөөлөргө дуушар болгон (8-сүр.).



8-сүрөт. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарга консервативдик дарылоо жүргүзүлгөндөн кийинки симптомдор.

82% оорулууну дарылоо жыштыктарын бекемдөөдө консервативдик ыкма менен дарылоо дагы 1-1,5 жылга созулган.

Ошентип, консервативдик дарылоонун узак мөөнөттүү натыйжалары көпчүлүк (65%) оорулуулардын бардык кыйшык моюндуулуктагы симптомдору бара-бара жоголуп, кийин алардын деформацияланышы өнүккөн эмес. Бирок ушул дарылоонун жыйынтыктары калсын десе, дайыма ортопед дарыгеринде байкоодо болуп жана консервативдик дарылоону амбулатордук шартта алгандай, үй шартында да үзгүлтүксүз алып туруусу зарыл.

Эң негизгиси болуп физиотерапиялык ыкмаларды алса дагы, моюн фиксаторун тагып жүрүү зарыл.

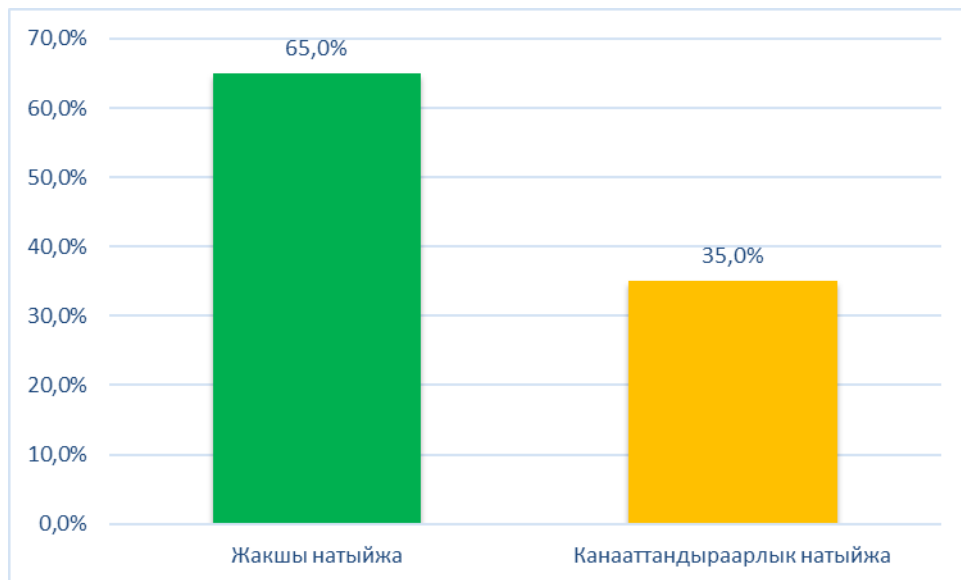
Тилекке каршы, 35% бейтаптын жыйынтыктары канааттандыраарлык деп бааланганына карабастан, 14,3% балдардагы кыйшык моюндуулуктун симптомдорунун өсүүсү күч алып, алардагы мындан кийинки моюн бөлүгүнүн деформациялануусунун өөрчүшү байкалды (9-сүр.).

*3.4. Булчуңдуу кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарды ар түрдүү хирургиялык ыкмалар менен дарылоонун натыйжалары.*

Жогоруда аталган бапта Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда стационардык жана амбулатордук дарыланууда болгон кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарды ар түрдүү ыкмалар менен терапиялык натыйжалуулуктун талдоосу жүргүзүлгөн.

2014-жылы Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда хирургиялык инфекциялар бөлүмүнүн кызматкерлери тарабынан булчуңдуу кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарга жасалуучу аз инвазивдүү операция киргизилген.





9-сүрөт. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган бейтаптарды консервативдик дарылоодогу натыйжалары.

Зацепин жана Микулич боюнча оперативдик кийлигишүүдөн айырмасы, акырек үстүнөн кесүү сунуш кылынган. Мындай кесүүдө чыңалган жана патологиялык өзгөрүүлөргө кабылган булчуңдар гана кайчылашат. Сырткы жана тереңдеги фасциялар бөлүнбөйт да, операциядан кийин косметикалык тигүү жасалат.

Зацепиндин боюнча жасалган операциядан айырмасы, сунуш кылынган схемада оорулууда кан жоготуу коркунучу болбойт. Ошондой эле, мында кыйшык моюндуулук менен жабыркаган бейтаптарга жасалган операциядан кийин гипстик бинт коюлбайт, демек, бул Зацепин ыкмасынан айырмаланган мүнөздөмөлөрдүн бири болуп саналат.

Оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийинки 7 күндөн кийин гана хирургиялык инфекциялар бөлүмүнүн кызматкерлери тарабынан иштелип чыккан моюн аймагын түздөөчү жана бейтаптын моюн сколиозун жоготуучу функционалдык ортездөөчү аппарат коюлду.

Бейтаптын моюн аймагын түздөөчү жана моюн сколиозунун толугу менен жоголушуна чейин, ар бир 2 күндө операция жасалган аймактардагы коюлган функционалдык ортездөөчү аппаратынын ортосундагы аралык 2-5 мм чейин (клиникалык көрүнүшүнө жараша) көбөйтүлүп турду.

10-сүрөттө оперативдик кийлигишүүгө чейинки кыйшык моюндуулук менен жабыркаган жана 7 күндөн кийинки функционалдык ортездөөчү аппараты коюлган бейтап көрсөтүлгөн. Бул аппаратты колдонуунун өзгөчөлүгү анын кичинекей көлөмү, жеңилдиги жана жеткиликтүүлүгүндө. Ошондой эле оорулуунун функционалдык ортездөөчү аппаратын тагып жүргөн мезгилинде клиникалык көрүнүштүн динамикасын баалоо үчүн рентгенография жүргүзүү зарыл. Бул учурда функционалдык ортездөөчү аппаратын тагып жүргөн убакта оорулууга бардык манипуляцияларды жана изилдөөлөрдү жүргүзүүдө эч кандай тоскоолдуктар болбойт. Функционалдык ортездөөчү аппаратын тагып жүргөн мезгилдин оң жактары: - оорулуунун



моюн бөлүгүн түздөө үчүн баштын жана моюндун абалдарын жумшак оңдоо; - ушул эле аппаратты тагып жүргөн учурда физиотерапиялык ыкма менен дарылоону айкалыштыруу мүмкүнчүлүктөрү.

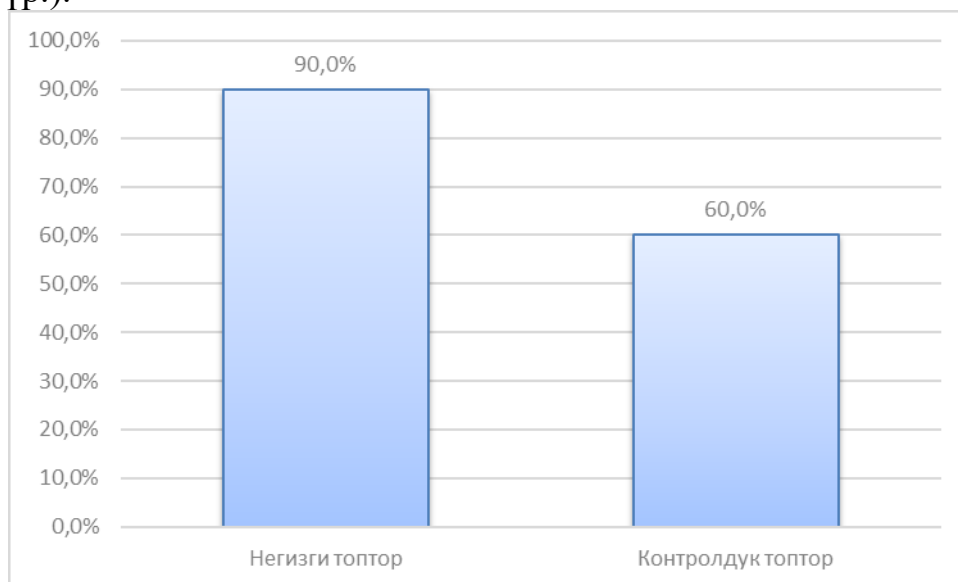


а

б

10-сүрөт. а) Оперативдик кийлигишүүгө чейинки кыйшык моюндуулук менен жабыркаган; б) Оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийинки 7-чи күн жана функционалдык ортездөөчү аппаратты коюу.

1 (негизги) топтогу бейтаптарда 1 айдан кийин аз инвазивдүү ыкма менен оперативдик кийлигишүү жасалгандан жана функционалдык моюн фиксаторун тагуудан кийин 90% учурларда моюндун деформациялануусу жоголду (11-сүр.).



11-сүрөт. 1 айдан кийин моюндун деформациясын оперативдик ыкма менен жок кылуу жыйынтыгы.

Ал эми 2 (контролдук) топтогу оорулууларга Зацепин боюнча оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийин жана гипстик бинт коюлгандан 1 айдан кийин 60% учурларда моюндун деформациялануусу жоголду ( $P<0,05$ ).

Оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийин 2 (контролдук) топтогу 20% балдарда оң динамика болгон жок. Оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийинки жакшыруу 72% балдарда (1 топто) аз инвазивдүү ыкманы колдонууда гана байкалды, ал эми 2 (контролдук) топтогу бейтаптардын 45% абалдарынын жакшыруусу Зацепин ыкмасы боюнча операцияны колдонгондо байкалган ( $P<0,05$ ).

2 (контролдук) топтогу бейтаптарда оперативдик кийлигишүү жасалган мезгилден баштап ири кан тамырлардын жана нервдердин жаракат алышы сыяктуу кабылдап кеткен оорулардын алгачкы түрлөрү болгон. Кабылдап кетүүнүн бул түрү 1 (негизги) топтогу балдарда байкалган жок. Ошондой эле 2 (контролдук) топтогу оорулуулардын кабылдап кетүүдөн кийин пайда болгон ооруунун түрлөрү келип чыкты, башкача айтканда кайрадан оперативдик кийлигишүү жасоону талап кылган ооруунун кайталанышы жана ириндөө болду. 1 топтогу бейтап балдарда эрте жана кийин пайда болгон кабылдоолор белгиленген жок.

Моиундун чоң венасы менен уйку артериясынын бири-бирине жакын жайгашкандыгына байланыштуу, кан кетүүдөн коркуп көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын өзгөрүлбөгөн буттары кесилишкен, бул ошол бейтаптардагы оперативдик кийлигишүүсүнүн натыйжаларына таасирин тийгизген.

Көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарындагы патологиялык процесстин бүтүшүндө же качан гана жаш баланын моюн омурткасындагы деформация күчөп баштаганда операцияны баштоо керек (12-сүр.).



12-сүрөт. Булчуңдуу кыйшык моюндуулук менен жабыркаган бейтаптагы операцияга чейинки беттин, баш сөөктүн жана моюн омурткасынын экинчилик деформацияланышы.

Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган бейтапка оперативдик кийлигишүүнү иш жүзүнө ашыргандан кийин, терапиялык натыйжаны жакшыртуу үчүн сөзсүз түрдө моюн ортездик аппаратын тагуу керек, себеби баштын жетишсиз фиксациясы же туура эмес абалдагы фиксация оорунун кайталанышына жана кайрадан операция жасоого алып келет.

Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган бейтаптарга өзгөртүлгөн аз инвазивдүү ыкма менен оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийин жакшы жыйынтыктарды көрсөттү (13-сүр.).



13-сүрөт. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган бейтаптарга аз инвазивдүү ыкма менен оперативдик кийлигишүү жасалгандан кийин жана 1 айдан кийинки моюнга ортездөө аппаратын тагуу.

Ошол эле учурда булчуңдун эки бутунун үзгүлтүксүздүгүн калыбына келтирүү - 50 (76,9%) оорулууда, ал эми акыректик - 10 (15,4%), көкүрөктүк - 5 (7,7%) бейтаптарда.

Дарылоонун натыйжаларын баалоо үчүн биз кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарды натыйжалуу дарылоонун индикаторлорун иштеп чыктык:

1. көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарындагы чыңалуу жана кыскаруунун жоктугу;
2. баштын кыймылдарынын көлөмүнүн калыбына келиши;
3. операциядан кийинки кабылдап кетүүнүн жоктугу.

## **КОРУТУНДУ**

1. Көпчүлүк балдардагы кыйшык моюндуулуктун келип чыгышынын себеби болуп кош бойлуулук учурундагы бузулуулар (токсикоздор, бойдон түшүү коркунучу, суунун жетишсиздиги же суунун ашыктыгы), түйүлдүктүн аномалдык абалы (жамбаштык, туурасынан жатышы) жана төрөттүн патологиялык агымы, жыныс жолдорундагы инфекциялардын болуу

коркунучтары саналат. Хирургиялык стационарлардагы бейтаптардын арасындагы кыйшык моюндуулуктун түзүмүндө кийин пайда болгондорго (30,6%) салыштырмалуу тубаса булчуңдуу кыйшык моюндуулук басымдуулук (69,4%) кылат.

2. Кыйшык моюндуулуктун негизги түзүмү көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын жабыркашы болуп саналат да, клиникалык симптомдук комплекс өзүнө төмөндөгүлөрдү камтыйт: баштын аргасыз абалы (100%), баштын кыймылынын чектелиши (100%), беттин асимметриясы (100%), ал эми 98,6% бейтаптын рентген аркылуу такталган көкүрөк сколиозу түрүндөгү (63,8%) жана кифоз/лордоз (36,2%) түрүндөгү омурткалардын деформацияланышы такталган, ал эми көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын өзгөрүшү МРТ менен 100% аныкталат.

3. Кыйшык моюндуулукту өз убагында консервативдик дарылоо жана комплекстик эрежелерди сактоо менен балдардын 90% жакшы натыйжаларга жетүү мүмкүнчүлүктөрүнө ээ болушат. Сунушталган модификациядагы фиксатордун клиникалык апробациясы мурда колдонулгандарга салыштырмалуу анын артыкчылыгы тастыкталды, алардын негизгилери болуп жогорку сапаттагы фиксациясы жана колдонууга ыңгайлуулугу саналат.

4. Кыйшык моюндуулукту хирургиялык жол дарылоону ишке ашырууда оптимизацияланган ыкма кабылдап кетүүлөрдүн жоктугу менен оперативдик кийлигишүүнүн натыйжаларын жакшыртууга мүмкүнчүлүк берет да, узакка созулган операциянын кыскарышын тастыктайт, ( $P < 0,05$ ), мында Зацепин ыкмасына салыштырмалуу бир кыйла жакшы натыйжаларды бергендиктен, көбүнчө колдонууга сунушталат.

## **ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР**

### **Омурткасынын моюн бөлүгү жабыркаган оорулууларды медициналык жактан контролдоонун натыйжалуулугун жогорулатуу программасы**

1. Ымыркайлардагы кыйшык моюндуулуктун пайда болушунун алдын алуу.

1.1. Бардык жогорку индекстеги соматикалык оорууларга, заара чыгаруучу жана жыныс системаларындагы жугуштуу ооруларга кабылгандарга, ошондой эле жыныс жолдору аркылуу жугуучу жугуштуу ооруларына чалдыккан кош бойлууларга сөзсүз түрдө түйүлдүктүн ар түрдүү аномалияларынын өөрчүп кетүү мүмкүнчүлүктөрүнө жараша тобокелдик топторун түзүп, омуртканын аномалияларын кошуу менен жеке саламаттыкты чыңдоо иш-чараларын жүргүзүү зарыл.

1.2. Хирургдун алдын ала берген кеңеши менен төрөлгөн ымыркайларды камсыз кылуу менен кыйшык моюндуулуктун келип чыгышы боюнча бардык аномалдык кош бойлуулук агымындагы бардык кош бойлууларды жана төрөттөрдү түзүлгөн тобокелдик тобуна киргизүү керек.

2. Кыйшык моюндуулукту эрте аныктоонун алгоритми.

2.1. Кыйшык моюндуулукту аныктоо алгоритм чөйрөсүндөгү медициналык персоналдардын компетенттүүлүгүн балдардын омурткаларынын моюн бөлүгүнүн патологиясы жөнүндөгү дипломдук жана дипломдон кийинки билим берүү системасынын программасына киргизүү жолдору менен жогорулатуу зарыл.

2.2. Бардык тобокелдик топтогу кыйшык моюндуулуктун белгиси бар ымыркайларга сөзсүз түрдө жаш балдар хирургунун кеңеши керек жана андан кийин моюн омурткасынын абалына жараша үй-бүлөлүк дарыгердин күчөтүлгөн көзөмөлүндө болуусу зарыл.

2.3. Кыйшык моюндуулуктун диагностикалык маанилүү симптомдору болуп: баштын аргасыз абалы, беттин ассиметриясы, көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарынын кыскарышы жана тыгыздалышы саналат.

2.4. Кыйшык моюндуулуктун клиникалык симптомдору же алардын жок дегенде бирөөсү эле пайда болгон учурда омурткалардын моюн бөлүгүн рентгендик текшерүүдөн өткөрүү керек.

2.5. Кошумча изилдөөлөрдү жүргүзүү жана анын зарылчылыктары (ЭМГ, УҮИ) хирург жана травматологдун жеке чечими менен аныкталат.

**3. Дарылоо-реабилитациялоо процессинин оптимизациясына багытталган иш-чаралар.**

3.1. Кыйшык моюндуулук менен жабыркаган балдарды реабилитациялоо жана консервативдик терапияны оптимизациялоо ыкмасы аркылуу ЭЖБКУБнын хирургия бөлүмүнүн кызматкерлери тарабынан сунуш кылынган модификацияда моюн фиксаторун колдонуу мүмкүнчүлүктөрүнө ээ.

3.2. Кыйшык моюндуулукту хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатуу үчүн ЭЖБКУБда иштелип чыккан технология боюнча республикалык хирургиялык бөлүмдөрдүн аз инвазивдүү операцияларынын практикаларына кеңири киргизүү сунуш кылынат.

3.3. Дарылоонун жыйынтыктарын баалоонун критерийлери:

- көкүрөк-акырек-үрп сымал булчуңдарындагы чыңалуу жана кыскаруунун жоктугу;
- баштын кыймылдарынын көлөмүнүн калыбына келиши;
- операциядан кийинки кабылдап кетүүнүн жоктугу.

## **ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:**

1. **Эмилбеков, М. Э.** Клинические особенности течения кривошеи у детей в Кыргызстана [Текст] / М. Э. Эмилбеков, Г. Ш. Маймерова, А. Б. Фуртикова, Н. А. Амираев // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск - 2019. - № 4. – Т. 5. - С. 125 - 130. Режим доступа - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37341501>

2. **Эмилбеков, М. Э.** Консервативное лечение детей с кривошеей [Текст] / М. Э. Эмилбеков // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск – 2020. - № 4. – Т. 6. - С. 93 - 98. Режим доступа - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42802811>



3. **Эмилбеков, М. Э.** Эффективность хирургического лечения мышечной кривошеи у детей [Текст] / М. Э. Эмилбеков // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск – 2020. - № 4. – Т. 6. - С. 99 - 105. Режим доступа - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42802812>.

4. **Эмилбеков, М. Э.** Факторы, влияющие на риск формирования кривошеи у детей Кыргызстана [Текст] / М. Э. Эмилбеков // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск – 2019. - № 4. – Т. 5. - С. 131 – 136. Режим доступа - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37341502>.

5. **Эмилбеков, М. Э.** Прогноз распространенности кривошеи у детей в Кыргызской Республике [Текст] / М. Э. Эмилбеков // Известие Вузов Кыргызстана. – 2020. - № 6. – С. 54-57.

6. **Эмилбеков, М. Э.** Показатели результатов оперативного лечения у детей с кривошеи [Текст] / М. Э. Эмилбеков // Известие Вузов Кыргызстана. – 2020. - № 6. – С. 58-61.

7. **Эмилбеков, М. Э.** Ранжирование факторов формирования кривошеи у детей [Текст] / М. Э. Эмилбеков // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск – 2021. – Т. 7, № 4. - С. 193 – 196. Режим доступа - <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44773468>

**Эмилбеков Мирбек Эмилбековичтин «Балдардагы кыйшык моюндуулук: структурасы, диагностикалык критерийлер жана дарылоо ыкмаларынын оптимизациясы» деген темада 14.01.19 – жаш балдар хирургиясы адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын**

### **КОРУТУНДУСУ**

**Негизги сөздөр:** балдар, кыйшык моюндуулук, консервативдик жана хирургиялык дарылоо, коркунуч факторлору, клиника.

**Изилдөө объектиси:** «Кыйшык моюндуулук» диагнозу менен 3 айлык жаш балдардан тартып 17 жаш курактагы өспүрүмдөр кирген 72 бала, орточо жашты 6 жаштагылар түздү.

**Изилдөө предмети:** №003 формасындагы оорулардын УЭЖБКБда «Кыйшык моюндуулук» диагнозу менен ооруган стационардык дарыланууда жаткандардын «ооруу тарыхы».

**Иштин максаты:** балдардагы кыйшык моюндуулукту дарылоонун диагностикалык жана божомолдук процесстеринин оптимизациясынын натыйжалуулугун жогорулатуу, оорулуу жаш балдарды реабилитациялоо жана хирургиялык технологияларды өркүндөтүү

**Изилдөө ыкмалары:** клиникалык-анамнестикалык, инструменталдык-лаборатордук статистикалык.

**Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы:** Статистикалык маалыматтарды моделдөөнүн негизинде жакынкы келечектеги Кыргыз Республикасындагы балдардын кыйшык моюндуулуктун (2025-жылга чейин) санынын 2,06 эсеге көбөйүшү далилденген, ушул эле патологиялардан тубаса

булчундуусу (69,4%), оң жактуу кыйшык моюндуулук (30,5%) басымдуулук кылат. Кыйшык моюндуулуктун клиникалык белгилеринин диагностикалык маанисинин деңгээли аныкталган: аргасыз болгон абал же баштын эңкейип калышы - 100%, беттин асимметриясы - 100%, омуртканын деформацияланышы - 98,6%, моюн ооруусу - 56,9%, угуунун төмөндөшү - 4,2%. Катышы боюнча кифоз/ лордозго (36,2%) караганда моюн-көкүрөк (63,8%) үстөмдүк кылгандыгы рентгенологиялык жактан далилденген, Биринчи жолу колдонууга ыңгайлуу жана алдын-ала сунушталган фиксатордон бир катар терс кесепеттерин алып салуу менен, реабилитациялоонун бардык этаптарындагы натыйжалуулукту жогорулатууга мүмкүндүк берген, моюнду фиксациялоонун жалпы кабыл алынган ыкмаларды талдоонун жетишсиздиктеринин негизинде анын оптимизацияланган варианты сунушталган.

**Колдонуу боюнча сунуштар:** жогорудагы изилдөөлөрдүн негизинде алынган маалыматтар, медициналык ЖОЖдо студенттерди окутууда жана дарыгерлердин квалификациясын жогорулатуу курстарында колдонууга болот.

**Колдонуу жааты:** биринчилик медициналык-санитардык кызмат, үй-бүлөлүк дарыгерлер тобу, балдар үчүн стационарлар.

## РЕЗЮМЕ

**диссертации Эмилбекова Мирбека Эмилбекович на тему «Кривошея у детей: структура, диагностические критерии и оптимизация методов лечения» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.19 – детская хирургия**

**Ключевые слова:** дети, кривошея, консервативное и хирургическое лечение, факторы риска, клиника.

**Объект исследования:** 72 детей в возрасте от 3 месячного возраста до 17 лет с диагнозом «Кривошея», средний возраст составил 6 лет.

**Предмет исследования:** истории болезни форма №003/У «истории болезни» стационарных больных с диагнозом «Кривошея» находившихся на лечении в НЦОМид.

**Цель исследования.** Повысить эффективность лечения кривошеи у детей на основе оптимизации диагностического и прогностического процессов, совершенствования хирургических технологий и реабилитации больных детей.

**Методы исследования:** клинико-анамнестические, инструментально-лабораторные, статистические.

**Полученные результаты исследования и их новизна:** На основе моделирования статистических данных доказана вероятность увеличения количества детей с кривошей в Кыргызской Республике в ближайшей перспективе (к 2025 году) в 2,06 раза, в структуре данной патологии преобладает врожденная мышечная (69,4%), правосторонняя кривошея (30,5%). Установлен уровень диагностической значимости клинических

симптомов кривошеи: вынужденное положение или наклон головы - 100%, асимметрия лица - 100%, деформация позвоночника - 98,6%, боли в области шеи - 56,9%, снижение слуха - 4,2%. Рентгенологически доказано преобладание шейно-грудного сколиоза (63,8%) по отношению к кифозу/лордозу (36,2%), при ультразвуковом исследовании установлена частота, размер и характер изменений мышечной массы (от 9,7 до 45,8%), включая дистрофические, при МРТ уточнена частота изменений шейно-грудного отдела позвоночника (от 36,0 до 64,0%) и грудино-ключично-сосцевидной мышцы (100%). На основе анализа недостатков общепринятого метода фиксации шеи предложен его оптимизированный вариант, обладающий удобством в использовании и исключающий ряд отрицательных последствий. Даны клинико-методологические обоснования и разработана технология малоинвазивной операции при хирургическом лечении кривошеи.

**Рекомендации по использованию:** Сведения, полученные в процессе данного исследования, могут быть использованы при обучении студентов медицинских ВУЗов и курсах повышения квалификации врачей.

**Область применения:** первично медико-санитарная служба, группа семейных врачей, стационары для детей.

## ABSTRACT

**dissertations of Mirbek Emilbekov on the topic "Torticollis in children: structure, diagnostic criteria and optimization of treatment methods" for the degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.19 - pediatric surgery**

**Key words:** children, torticollis, conservative and surgical treatment, risk factors, clinic.

**Research object:** 72 children with torticollis aged from 3 months to 17 years, the average age was 6 years.

**Research subject:** medical records (form №003) of inpatient with the diagnosis of "Torticollis" who were treated in the National Centre for Maternal and Child health.

**Research targets:** Improve the efficiency of treatment of torticollis in children by optimizing diagnostic and prognostic processes, improving surgical technologies and rehabilitation of sick children.

**Research methods:** clinical and anamnestic, instrumental and laboratory, statistical data.

**Research results and their scientific novelty.** On the basis of statistical data modeling, the probability of increasing the number of children with torticollis in the Kyrgyz Republic is proved. An increase is expected in the near future (by 2025) is 2.06 times. In structure of this pathology is dominated by congenital muscular (69.4%), right-sided torticollis (30.5%).



The level of diagnostic significance of clinical symptoms of torticollis was established: forced position or tilt of the head - 100%, facial asymmetry-100%, spinal deformity-98.6%, neck pain-56.9%, hearing loss-4.2%. Radiologically it was proved that the prevalence of cervical-thoracic scoliosis (63.8%) over kyphosis/ lordosis (36.2%). Ultrasound examination established the frequency, size and nature of changes in muscle (from 9.7 to 45.8%), including dystrophic changes. MRI clarified the frequency of changes in the cervical-thoracic spine (from 36.0 to 64.0%) and the sternocleidomastoid muscle (100%).

An optimized version of the neck fixation method is proposed based on the analysis of the disadvantages of the generally accepted neck fixation method. The new method is easy to use and eliminates a number of negative consequences.

Clinical and methodological approaches are justified and the technology of minimally invasive surgery in the surgical treatment of torticollis has been developed.

**Use recommendations.** The information obtained in the course of this study can be used in the training of medical students and advanced training courses for doctors.

**Scope of application:** PHCS (primary health care service), polyclinic (groups of family doctors), hospitals for children.