тогого описывается Вселенная, человек и сама система метаописания» [2: 388]. Числительные, абстрагируясь от своей первоначальной функции вести счет предметов, приобретают символическое значение, которое находит отражение во фразеологии.

Как мы можем судить по выше приведенным примерам, в основе формирования фразеологизмов лежит антропометрический принцип, согласно которому «человек – мера всей вещи». Для того чтобы познать тайны мира и себя са-

мого, человеку обязательно нужно научиться проникать в сокровенную суть чисел, понять их символику и применять ее на благо себе.

Список литературы

1. Ключников С.Ю. Священная наука чисел. – М.: Беловодье, 1996. – 192 с.
2. Маковский М.М. Сравнительный словарь мифологической символики в индоевропейских странах. Образы мира и миры образов. – М.: Гуман. издат. центр ВЛАДОС, 1996. – 416 с.
3. Илина Г.И. Компаративная фразеология: структура и семантика. – Караганды: ТОО «Арк», 2012. – 142 с.

**«Диагностика, терапия, профилактика социально значимых заболеваний человека»,
ОАЭ (Дубай), 4–10 марта 2016 г.**

Медицинские науки

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ
В НЕКОТОРЫХ РАЙОНАХ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

Гюсан А.О., Ураскулова Б.Б.

ФГБОУ ВПО «Северо-Кавказская государственная гуманитарно-технологическая академия», Черкесск,
e-mail: gujsan@mail.ru

По данным ВОЗ одна треть населения мира инфицирована бактериями туберкулеза.

В России после снижения заболеваемости туберкулезом, также отмечается её подъем. В 2013 году заболеваемость туберкулезом легких в России составила 63.0 на 100.000 населения, смертность – 11.3 человека. Одним из самых частых осложнений туберкулеза легких является туберкулез верхних дыхательных путей. Однако, данные заболеваемости туберкулеза верхних дыхательных путей весьма противоречивы и часто остаются вне поля зрения. В КЧР на сегодняшний день сложилась сложная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. Причинами эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу в республике являются

ухудшение социально-экономических условий, рост числа лиц без определенного места жительства и занятий, активизация миграционных процессов. Однако отмечается, что в различных экологических зонах существует разная заболеваемость туберкулезом, это связано как с природными климатогеографическими условиями, так и со степенью воздействия антропогенных экологических факторов. Все это побуждает нас к изучению распространенности туберкулеза верхних дыхательных путей на территории Карачаево-Черкесии.

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности туберкулеза ЛОР-органов в некоторых районах Карачаево-Черкесии.

Материалы и методы. Нами проведено исследование, которое заключалось в выявлении распространения туберкулеза ЛОР-органов в некоторых районах КЧР, различных по климатогеографическим условиям. Для этого мы проанализировали 583 карты больных туберкулезом легких в Карачаево-Черкесском республиканском противотуберкулезном диспансере за 2014 г. Результаты исследования представлены в таблице.

Распространенность туберкулеза легких и верхних дыхательных путей в различных климатогеографических зонах КЧР

Климато-географические зоны	Районы КЧР	Количество больных туберкулезом	
		легких	верхних дыхательных путей
Равнинно-степная зона	Адыге-Хабльский район, Прикубанский район, Черкесск, Абазинский район	338 58,0%	32 5,5%
Предгорная зона	Усть-Джегутинский район, Хабезский район, Зеленчукский район	143 24,5%	13 2,2%
Горная зона	Карачаевский район, Малокарачаевский район, Урупский район	102 17,5%	8 1,4%
КЧР	Во всех районах	583 100,0%	53 9,1%

Из 53 больных туберкулезом верхних дыхательных путей и уха 38 (71,7%) выявлены у больных с активной, экссудативной формой туберкулеза легких, стоящих на учете в противотуберкулезном диспансере в течение более трех лет. Туберкулезом верхних дыхательных путей чаще болели люди, профессия которых связана с наличием во вдыхаемом воздухе мелкодисперсной пыли, паров различных химических агентов, снижающих сопротивляемость слизистой оболочки верхних дыхательных путей к инфекции. Нарушаются механизмы клеточного и гуморального иммунитета, возникают иммунодефицитные состояния, снижается специфическая иммунная защита слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Результаты проведенного исследования показывают:

1. Распространенность туберкулеза верхних дыхательных путей в республике составляет в целом 9,1% от всех больных туберкулезом легких;

2. Туберкулез верхних дыхательных путей чаще выявлялся у больных с длительным течением туберкулеза легких, преимущественно с активными экссудативными формами заболевания.

3. Очевидны различия в заболеваемости туберкулезом, как легких, так и верхних дыхательных путей в разных климатогеографических зонах республики. Наиболее неблагоприятным в отношении туберкулеза является равнинно-степная зона, где расположено большинство промышленных предприятий.

4. В горной зоне республики статистически достоверно заболеваемость туберкулезом ниже. Этому способствует не только отсутствие крупных промышленных предприятий, но и местные климатические условия, под влиянием которых происходит перестройка иммунитета в пользу усиления борьбы организма с туберкулезной инфекцией.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ЭКЗЕНТЕРАЦИИ ОРГАНОВ ТАЗА ПО ПОВОДУ НОВООБРАЗОВАНИЙ

Довлатов З.А., Серегин А.В., Лоран О.Б.

*Городская клиническая больница
им. С.П. Боткина, Москва;*

Российская медицинская академия последиplomного образования, Москва, e-mail: dovlatov.zyaka@mail.ru

Локализация опухоли в зоне малого таза у женщин наблюдается достаточно часто в онкологической практике. При местно-распространенных формах и местных рецидивах злокачественных новообразований тазовых органов применяют экзентерацию (эвисцерация), включающую радикальное иссечение содержимого таза, степень которого определяется тем, насколько вовлечены в опухолевый процесс тазовые структуры. Операция может включать удаление многочисленных тазовых структур,

в том числе мочевого пузыря, матки и маточных труб, влагалища, прямой кишки, тазовых сосудов и нервов и тазовой кости. Данная операция, особенно тотальная экзентерация, ассоциирована со значительной частотой осложнений, высокой летальностью и снижением качества жизни пациентов. Это обстоятельство обуславливает актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы исследования. Экзентерация органов таза выполнена у 92 женщин 37-74 лет (медиана – 53 года) по поводу рака мочевого пузыря (РМП) в 45 (48,9%) случаях и рака шейки матки (РШМ) – в 47 (51,1%). Больные РМП в зависимости от стадии заболевания были распределены следующим образом: $T_1N_0M_0G_3$ – 3 человека; $T_{2a-b}N_0M_0G_{1-3}$ – 14; $T_{2a-b}N_1M_0G_{1-3}$ – 2; $T_{3a-b}N_0M_0G_{1-3}$ – 17; $T_{3a-b}N_1M_0G_{1-3}$ – 5; $T_{3a-b}N_0M_1G_{1-3}$ – 1; $T_{4a}N_0M_0G_{1-3}$ – 3. Из 45 больных РМП 16 (35,6%) человек получали неoadъювантную химиотерапию. Среди больных РШМ выделены следующие группы: больные с первичным РШМ с прорастанием опухоли в мочевой пузырь ($T_{4a}N_{0-1}M_{0-1}$) – 22 человека; больные с неизлеченным первичным РШМ ($T_{3b}N_{0-1}M_0$) после завершения курса химиолучевой терапии в сроки 1-2 месяца – 8 человек; больные с рецидивным РШМ ($T_{1-3}N_0M_0$) – 17 человек (I стадия – 3 случая, II стадия – 8 случаев, III стадия – 6 случаев). Качество жизни оценивали с помощью опросника SF-36. Статистическая обработка выполнена с помощью программ «Statistica v. 17.0» («StatSoft», США). Динамику показателей качества жизни оценивали с помощью метода Вилкоксона. Различие между показателями считали достоверным при уровне статистической значимости (p) < 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. У 82 (89,1%) женщин произведена передняя экзентерация, у 10 (10,9%) – тотальная. Деривация мочи у данных 92 пациенток следующими способами: уретерокутанеостомия – у 6 (6,5%) больных; континентный гетеротопический резервуар из слепой кишки с умбиликопостомой – у 3 (3,3%); W-образная илеоцистопластика по Hautmann – у 8 (8,7%); операция Бриккера – у 58 (63,0%); ректосигмопластика Mainz-pouch II – у 5 (5,4%); ортотопическая илеоцистопластика по Camey II – у 7 (7,6%); ортотопическая илеоцистопластика по Studer – у 5 (5,4%) больных. Деривация кишечного отделяемого у всех с тотальной экзентерацией осуществлена путем выполнения обструктивной резекции толстой кишки по Гартманну. Сроки наблюдения за пациентами составили от 3 до 104 месяцев (медиана – 51 месяц). В послеоперационном периоде в различные сроки химиотерапию или химиолучевую терапию получили 63 (68,5%) пациентки, а у 7 (7,6%) пациенток были выполнены различные операции по поводу отдаленных метастазов. 5-летняя общая и безрецидивная выживаемость в общей группе пациентов после