Ош мамлекеттик университетинин ЖАРЧЫСЫ

ВЕСТНИК Ошского государственного университета

№3 – 2015

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕР СЕРИЯСЫ

ISSN 1694-7452

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН БИЛИМ БЕРҮҮ ЖАНА ИЛИМ МИНИСТРЛИГИ

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИ

ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИНИН ЖАРЧЫСЫ

ОшМУ жарчысы

ИЛИМИЙ ЖУРНАЛЫ

Журнал жылына 4 жолу чыгарылат

Илимий журнал
Кыргыз мамлекеттик китеп палатасынан
2000-жылдын 28-декабрынан каттоодон ъткън

2015-жыл, №3

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИ

Ош-2015

Башкы редактор,
филол.и.д., профессор *Исаков К.А.*

Башкы редактордун орун басары,
б.и.д., профессор *Жумабаева Т.Т.*

РЕДАКЦИЯЛЫК КОЛЛЕГИЯ:

МЕДИЦИНАЛЫК ИЛИМДЕРИ:

1. Жээнбаев Ж.Ж. – мед.и.д., проф.
2. Жолдубаев Р.Дж. – мед.и.д., проф.
3. Жумабаев А.Р. – мед.и.д., проф.
4. Тайчиев И.Т. – мед.и.д., проф.
5. Осумбеков Б.З. – мед.и.д., проф.
6. Эшиев А.М. – мед.и.д., проф.
7. Сакибаев К.Ш. – мед.и.к., доц.

Ош областтар аралык бириккен клиникалык ооруканандын 130 жылдыгына арналган конференцияны уюштуруу тобу тарабынан басууга сунушталды

Берилген материалдардын сапаттуулук деңгээлине, илимий мазмунуна, жаңылыгына, автор, сунуштаган уюштуруу топ жооптуу

МАЗМУНУ

1. ***Сергеев В.П., Сулайманов Ш.А., Асанов Т.М., Сагындыков Н.С., Жарматова Т.Д., Акчупаев С.М., Койчуев К.К., Сакибаев К.Ш., Жумалиев А.К.*** **Ошская межобластная объединенная клиническая больница: вчера, сегодня и завтра….. 6**
2. ***Муратова Ж.К.*** **Изучение распространенности симптомов атопического дерматита у детей…… 20**
3. ***Сулайманов Ш.А., Анарбаев А.А., Нуруева З.А., Нургазиева С.М.*** **Атопический дерматит у детей: факторы риска и эпидемиология…….. 24**
4. ***Абдурашитова Д.И., Мамасаидов А.Т., Сакибаев К.Ш., Исманов К.М., Ахматахунова Н.А., Баймырзаева*** **и метаболический синдром..... 29**
5. ***Айсариева Б.К.*** **Активные формы к изиологическое значение и роль в патогенезе заболеваний…… 35**
6. ***Аралбаева А. Р., Жапаров К. А., Таирова Ж.С.*** **Предотвратимые причины смерти населения и их медико-социальные аспекты…….. 42**
7. ***Жапаров К. А., Аралбаева А. Р., Таирова Ж.С.*** **Социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья населения, проживающего в сельской местности…… 47**
8. ***Мамасаидов Ж.А.*** **Оценка ассоциации показателей артериальной жесткости с наличием гипертрофии левого желудочка у больных эссенциальной гипертензией…… 53**
9. ***Мамасаидов Ж.А.*** **Артериальная жесткость как прогностический признак атеросклероза сонных артерий при эссенциальной гипертензии …….. 57**
10. ***Рысбекова Г.С., Осумбеков Б.З.*** **Морфологические особенности тиреоидной ткани при узловом зобе у женщин Ошской области…….. 62**
11. ***Сакибаев К.Ш., Мамасаидов А.Т., Абдурашитова Д.И., Абдурахманова Ф.А., Оморалиева Ч.Ш., Исаков У.К.*** **Алфлутоп:опыт клинического применения в лечении остеоартроза..... 65**
12. ***Сулайманова А.С., Каратаева Г.Т., Чубаков Т.Ч.*** **Влияние непрерывного обучения семейных врачей по вопросам межличностного общения на приверженность к лечению больных туберкулезом..... 71**
13. ***Эшбаева Ч.А.*** **Спонтанная иммуноглобулинсинтезирующая активность в-лимфоцитов при раннем ревматоидном артрите…… 77**
14. ***Абдуллаева С.А.*** **Светотерапия в комплексном лечении гнойных ран челюстно-лицевой области…… 81**
15. ***Абдышев Т.К.,*** **Частота и причины возникновения альвеолита (Литературный обзор)…… 86**
16. ***Алимжанов С.К.*** **Статистическая характеристика радикулярных кист и реабилитация пациентов после цистэктомии…….. 90**
17. ***Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К*****. Анализ первых результатов лапароскопической фундопликации по ниссену…… 92**
18. ***Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Абдиева А.М.*** **Эндовидеохирургия в лечении сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний…… 98**
19. ***Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.*** **Хирургия ятрогенных травм и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков…… 102**
20. ***Давыдова А.К.*** **Причина и частота развития врожденных расщелин верхней губы и неба…… 108**
21. ***Ешиев А.М., Орозматов С.Г., Давыдова А.К., Дарбишев Э. П., Халмурзаев М.М*****. Состояние лор органов при врожденной расщелине верхней губы и неба……. 113**
22. ***Ешиев А.М., Азимбаев Н.М. Курманбеков Н.О.*** **Комплексное лечение 120**

хронического рецидивирующего афтозного стоматита с применением синего света……

23. ***Ешиев Д.А., Мырзашева Н.М., Эгемкулов Т.А.*** **Электровибромассаж при лечении костных дефектов и переломов нижней челюсти…….. 123**
24. ***Кашперук-Карпюк И.С.*** **Закономерности морфогенеза мочевого пузыря в перинатальном периоде…… 128**
25. ***Макамбаев Н.Б.*** **Новый метод хирургического лечения привычного вывиха плеча…… 132**
26. ***Маманазаров Дж.М., Маметов Р.Р., Ахунжанов Р.А.*** **Ликвидация медицинских последствий после землетрясения на юге Кыргызской Республики…… 135**
27. ***Маманазаров Дж.М., Маметов Р.Р.*** **Профессионализм, компетентность врачей, юридико-правовая база в оказании помощи пострадавшим в различных экстремальных ситуациях…… 138**
28. ***Маметов Р.Р., Маманазаров Дж.М.*** **Особенности подготовки медицинских работников к условиям работы чрезвычайных ситуаций. …… 140**
29. ***Маметов Р.Р., Маманазаров Дж.М.*** **Тактико – технические подходы к хирургическому лечению при массовом потоке пострадавших. Оценка компетентности хирурга при экстремальных ситуациях. …… 143**
30. ***Маметов Р.Р., Ахунжанов Р.А.*** **Возможности позднего остеосинтеза при массовом травматизме при землетрясении…….. 147**
31. ***Осумбеков Б.З., Батиров Ж.Р., Осумбеков Р.Б., Чокотаев М.А.*** **Лапароскопическая холецистэктомия у больных, ранее оперированных на органах брюшной полости…… 152**
32. ***Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Каратаева Г.Т., Осумбеков Р.Б.*** **Ультразвуковая гистографическая денситометрия при диффузных поражениях печени……. 156**
33. ***Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б.,*** **Сравнительный анализ результатов лапароскопической и открытой эхинококкэктомии…….. 159**
34. ***Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Токторалиев З.Б., Мурзалиев М.Т.*** **Применение чрескожной пункционной нефростомии при обструкции верхних мочевых путей у больных с уролитиазом…… 162**
35. ***Туйбаев З.А.*** **Объективизация эффекта санационной релапаротомии у больных с острым осложненным панкреатитом …….. 166**
36. ***Уматалиев Р.А., Машрапов Ш.Ж., Каримов У.А., Чожонов А.А*****. Особенности применения пористого никелида титана для стабилизирующих операций при дегенеративных заболеваниях шейного отдела позвоночника…… 171**
37. ***Хасанов Р.А., Маткасымов М.М., Токтахунов У.Т., Хажжаж М.А.*** **Современные подходы к диагностике и лечению эмпиемы плевры……. 174**
38. ***Ыдырысов И.Т., Туйбаев З.А., Курбанбаев О.И.*** **Диагностическая лапароскопия при травмах живота…… 181**
39. ***Ыдырысов И.Т.*** **Хирургическая тактика при сочетанных ранениях груди и живота. 183**
40. ***Ысмайылов К.С., Маманов Н.А., Ташиев К.Ж.*** **Возможности реализации мультимодальной программы «FASTTRACKSURGERY» в абдоминальной хирургии…… 186**
41. ***Эгемкулов Т.А.*** **Сравнительная оценка лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти модифицированной иммобилизационно-реабилитационной шиной в сопоставлении с классической шиной…… 190**
42. ***Эсекеев Б.Б., Матазов Б.А., Абдуллаев С.Ч., Мирзакулов Д.С.*** **Острый эпидидимоорхит, его причины возникновения и методы лечения……. 194**
43. ***Proniaiev D.V.*** **Uterine anatomy of 7-10-month fetuses..... 198**
44. ***Эшматов А.Р.*** **Современное подходы хирургического и консервативного лечения остеомиелита…… 201**

УДК: 614.211 (09) (575.25)

Сергеев В.П., Сулайманов Ш.А., Асанов Т.М., Сагындыков Н.С., Жарматова Т.Д., Акчупаев С.М., Койчуев К.К., Сакибаев К.Ш., Жумалиев А.К., Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г.Ош

ОШСКАЯ МЕЖОБЛАСТНАЯ ОБЪЕДИНЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА: вчера, сегодня и завтра

Ошская межобластная объединенная клиническая больница (ОМОКБ) является государственным учреждением здравоохранения, проводящим государственную политику Кыргызской Республики в сфере охраны здоровья населения и оказывающим высококвалифицированную специализированную лечебно-консультативную и организационно-методическую помощь организациям здравоохранения южного региона республики. ОМОКБ, включает 26 клинических, 14 параклинических структур, а также родильный стационар. В больнице имеются 958 коек, в том числе 410 хирургических, 397 терапевтических, 90 инфекционных, а также 151 (в том числе 6 коек детской реанимации) коек в родильном стационаре. Кроме того, ОМОКБ является учебной и клинической базой для медицинского факультета Ошского государственного университета, Кыргызской государственной медицинской академии имени академика И.К. Ахунбаева, Кыргызского государственного института переподготовки и повышения квалификации, в которых обучаются студенты и клинические ординаторы.

ООАБКО – Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоосунун мамлекеттик мекемеси катары өлкөбүздүн түштүк аймагында жашаган калкка жогорку квалификациядагы адистештирилген дарылоо-дартаныктоо жана уюштуруу – усулдук медициналык жардам көрсөтүп келе жаткан медициналык мекеме болуп эсептелет. ООАБКОнун ичинде 26 клиникалык, 14 параклиникалык жана төрөт стационары бар. Жалпысынан 958 керебеттин 410у хирургиялык, 397си терапиялык, 90у инфекциялык, ошондой эле 151и (6 керебет балдар реанимациясы) төрөт стационары түзөт. ООАБКО бир гана дарылоо – дартаныктоо медициналык мекемеси гана болбой, ал ОшМУнун медицина факультетинин студенттерине, Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институтунун түштүк филиалынын дарыгер-интерндерине, клиникалык ординаторлоруна, ошондой эле Ош шаарындагы медициналык окуу жайлардын студенттерине окуу-методикалык жана клиникалык база катары кызмат көрсөтүп келет.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница (ОМОКБ) является организацией здравоохранения (ОЗ), обеспеченная высококвалифицированными специалистами и соответствующей материально-технической базой, которая обслуживает населения трех областей юга Кыргызстана (КР) – Ошской, Жалал-Абадской и Баткенской.

ОМОКБ оказывает многопрофильную высококвалифицированную медицинскую помощь не только населению, но и также является учебно-методическим центром для студентов и курсантов медицинских вузов, сузов и медицинских работников юга страны.

В своей деятельности ОМОКБ руководствуется со следующими важнейшими документами государственного значения, которые реализуются как в республиканском, ведомственном, областном уровне, а также на уровне нашей больницы:

1. **Указ Президента Кыргызской Республики** «О Государственной стратегии антикоррупционной политики Кыргызской Республики и мерах по противодействию коррупции» (г.Бишкек, от 2 февраля 2012 года УП N 26. (Опубликован в газете "Эркин Тоо" от 3 февраля 2012 года N 8. Президент Кыргызской Республики А.Атамбаев).

2. Постановление **Правительства Кыргызской Республики** «О Стратегии охраны и укрепления здоровья населения Кыргызской Республики до 2020 года («Здоровье - 2020»)». (Утверждена постановлением Правительства КР от 4 июня 2014 года № 306. Премьер-министр Дж. Оторбаев).

3. Национальная программа реформирования здравоохранения Кыргызской Республики **«Ден соолук»** на 2012-2016 гг., утверждена постановлением Правительства КР 24.05.12 г. № 309.

4. Постановлениями Правительства Кыргызской Республики, начиная с 2001 года, ежегодно утверждается Программа государственных гарантий, предусматривающая оказание бесплатной, льготной или платной (официальная сооплата) медицинской помощи, в зависимости от социального статуса граждан и наличия или отсутствия у них медицинского страхования и другими важнейшими нормативно-правовыми актами КР.

Основная деятельность Ошской межобластной объединенной клинической больницы осуществляется в соответствии с комплексным планом основных организационных мероприятий больницы, согласованной с аппаратом Полномочного представителя Правительства КР в Ошской области, договорными обязательствами перед ФОМС при ПКР и направлена на:

- достижение основных целей по улучшению здоровья населения,
- на обеспечение устойчивой системы управления учреждением,
- пропаганды и формированию здорового образа жизни как среди сотрудников больницы, так и среди населения,
- правильную расстановку кадров младшего, среднего и высшего звеньев,
- повышение профессионального уровня и квалификации медицинских работников, в том числе в странах ближнего и дальнего зарубежья,
- рациональное использование материальных, трудовых, финансовых, кадровых ресурсов и коек;
- внедрение новых методов диагностики, лечения и профилактики как в ОМОКБ, так и в ОЗ юга страны,
- организацию для службы практического здравоохранения научно-практических конференций, семинаров областного, регионального и республиканского уровней,
- создания оптимальных социально–бытовых и производственных условий для сотрудников больницы,
- усовершенствование системы ОМС и Программы Государственных гарантий – как нового механизма в финансировании ОЗ по системе «Единого плательщика».

ОМОКБ, включает 26 клинических, 14 параклинических структур, а также родильный стационар. В больнице имеются 958 коек, в том числе 410 хирургических, 397 терапевтических, 90 инфекционных, а также 151 (в том числе 6 коек детской реанимации) коек в родильном стационаре.

В числе терапевтических отделений: отделения кардиологии (60 коек), ОИМ с БИТ (20 коек), ангионеврологии (25), гастроэнтерологии (40), гематологии (25), инфекционные отделения №1 и 2 (90), искусственной почки (15), неврологии (30), нефрологии (20), пульмонологии (25), ревматологии (20), эндокринологии (40).

В терапевтических отделениях трудятся 102 (18) врачей, в том числе 2 докторов медицинских наук, 4 заслуженных врачей.

Хирургические койки распределены между такими отделениями как травматология (46 коек), урология (50), челюстно-лицевая хирургия (35), хирургия №2 (50), хирургия №1 (46), торакальной хирургии (15), сердечно-сосудистая хирургия (20), ЛОР (35), ожоговая (15), нейрохирургия (30), вертебрологии (15), микрохирургия глаз (40), ОАРИТ (в том числе 9 дублирующих коек).

В хирургических отделениях трудятся 107 (13) врачей, в том числе 4 докторов медицинских наук, 2 заслуженных врачей.

Обособленное положение в ОМОКБ принимает отделение экстренной медицинской помощи (ОЭМП), куда могут госпитализироваться как терапевтические, так и хирургические пациенты.

ОЭМП. Для улучшения оказания экстренной медицинской помощи населению и внедрения достижений медицинской науки в практику в целях реализации «Программы развития экстренной медицинской помощи в КР на 2008-2017 годы», 27 октября 2010 года под №551 издан приказ МЗ КР «Об организации отделения экстренной медицинской помощи в ТБ, ООБ, ГБ, НЦ и НИИ» пилотных медицинских организаций на базе приемных отделений».

Согласно данному приказу утверждено «Положение ОЭМП» №551.

С момента открытия ОЭМП при ОМОКБ с 28 марта 2011 года (по настоящее время) через отделение прошли 15 573 пациентов, в том числе были госпитализированы 2148 (13,7%) и амбулаторно обслужены или после консультации специалистов были направлены на лечение по месту проживания – 13 425 (86,2%).

Всего по больнице работают 105 отличников здравоохранения и 38 кандидатов медицинских наук.

Параклиническая служба ОМОКБ представлена консультативно-диагностическим отделением (КДО), биохимической, клинической, бактериологической, иммунологической лабораториями, эндоскопией, операционными блоками (№1-2), центральным стерилизационным отделением, аптекой, отделением ультразвуковых исследований, организационно-методическим отделом, отделением медицинской реабилитации, кабинетом функциональной диагностики и рентгеновским отделением.

Кроме того, важную роль в деятельности больницы занимают пищеблок и хозяйственный двор.

Решением медицинской аккредитационной комиссии (АТТЕСТАТ АККРЕДИТАЦИИ №556) от 30 мая 2012 года №38 ОМОКБ присвоен статус «аккредитованной организации здравоохранения». Решением Наблюдательного совета по аккредитации организаций здравоохранения от 11 июня 2012 года №35 ОМОКБ присвоена высшая аккредитационная категория.

На территории ОМОКБ находятся современные высокотехнологичные медицинские оборудования, в том числе ангиографическая установка (1), компьютерный томограф (1), цифровой рентген-аппарат (2), портативная рентген-установка (1), литотриптор (1), лапароскоп (4), факоэмульсификатор (1), УДС (1), ЭхоКГ (2), БИПАП (2 шт), аудиометр (2), ЭЭГ (2), НДА (16), спирометр (2), гематологический и биохимический анализаторы (2) и др.

ОМОКБ был построен по типовому проекту (период ведения строительных работ 1973-1984 гг.), со дня ввода в эксплуатацию больницы прошло почти 40 лет.

Стационарная помощь, оказываемая всем гражданам, поступившим в стационары по экстренным показаниям, предоставляются бесплатно до выведения из состояния, угрожающего жизни, стабилизации показателей гемодинамики и дыхания. В последующем пациенты переводятся на обслуживание по условиям предоставления плановой стационарной помощи, как имеющие направление на госпитализацию или на лечение в амбулаторных условиях. Плановая стационарная помощь для числа льготной категории граждан, указанных в разделе I и II Перечня (приведены в приложении 1 к настоящей ПГГ) предоставляется по-прежнему **бесплатно.**

Размер сооплаты дифференцируется в зависимости от прав на льготы, профиля заболеваний и оказанной услуги (п. 19 ПГГ).

Госпитализация и лечение в стационарных условиях проводится только при наличии направления врача и в зависимости от наличия прав на льготы с внесением сооплаты или без нее. Так, льготная категория населения (45 категорий) госпитализируются без внесения какой-либо сооплаты. Следует отметить, что 3-я и более плановая госпитализация граждан из числа льготной категории (Перечень 1) за

исключением детей до 5 лет, будет производиться с внесением сооплаты среднего уровня. Таким образом 2 плановые госпитализации в год бесплатны.

Пенсионеры и ветераны труда до 70 лет, лица, получающие социальное пособие вносят минимальный размер сооплаты. Это 330 сом при госпитализации в терапевтическое отделение, 430 сом при госпитализации для проведения хирургических вмешательств.

Роль ОМОКБ в оказании медицинской помощи населению Кыргызской Республики и как организация здравоохранения вторичного уровня с функцией третичного уровня заключается в том, что она играет роли последней «инстанции» для многих пациентов в южном регионе.

К примеру, за последние годы отмечается рост числа случаев запоздалой госпитализации пациентов с тяжелыми, осложненными, сочетанными хирургическими патологиями как из районов Ошской области, так и Баткенской и Жалал-Абадской областей.

На наш взгляд, все это может быть связано с дефицитом, низкой квалификацией, недостаточным чувством ответственности медицинских работников как руководящего состава, так и рядовых сотрудников территориальных больниц (ТБ), а также недостаточной обеспеченностью санитарной авиации ОМОКБ оснащенными машинами скорой медицинской помощи (реаномобилями).

Следует также отметить, плохую организацию работы на этапах согласования на перевод, транспортировку пациентов с районов в ОМОКБ. Зачастую пациенты в ОМОКБ переводятся без согласования с соответствующими специалистами, без врачебного сопровождения. Нередко отмечались случаи необоснованного вызова врачей в районы, что приводит к лишним расходам ГСМ, отвлечению врачей ОМОКБ от основной работы.

Кроме того, очень важным моментом в организации медицинской службы является наличие единственного на юге страны ядерно-магнитно-резонансный томограф (ЯМРТ) на базе Ошской межобластной детской клинической больницы (ОМДКБ). Пациенты со сложными, неясными диагнозами направляются туда из различных районов Баткенской, Жалал-Абадской и Ошской областей. После уточнения диагноза на ЯМРТ большинство из них концентрируются в ОМОКБ и госпитализируются как экстренно-поступившие пациенты, что в конечном итоге приводит к значительным расходам медикаментами, ИМН, а также росту показателей пролеченного случая, увеличению оборота коек в больнице.

Ниже приводим пример, когда пациенты с осложненной патологией и неадекватной терапией на районном (городском) этапе, находился в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) ОМОКБ в течение месяца. В конечном счете данному пациенту потребовались значительные расходы как медикаментами, так и износом медицинского оборудования, не говоря о трате времени во время ухода пациента.

В ОМОКБ в течение 1 месяца вели интенсивную терапию и уход за больной ботулизмом. Пациентка И.Н., 1971 года рождения поступила в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии ОМОКБ 06.01.2014 года с диагнозом: ботулизм, типичная форма, тяжелого течения.

В отделении реанимации ОМОКБ проведена усиленная инфузионная дезинтоксикационная терапия, введена противоботулиническая сыворотка.

Из-за затруднение дыхания заинтубирована и переведена на аппарат искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Больная в течение 28 дней находилась на аппарате ИВЛ под интенсивным наблюдением врачей реаниматологов.

Благодаря высококвалифицированной последовательной, внимательной и четкой работе медицинского персонала реанимации, постоянному активному наблюдению,

коррекции лечения, контроля за газообменом в организме, через 28 дней у больной появилось адекватное самостоятельное дыхание.

Достижения хирургов ОМОКБ (данные только за 2014 год):

- **врачи-хирурги больницы выявили редкую хирургическую патологию.** Больному О.Ж., 1993 года рождения госпитализированному в отделение хирургии №1 ОМОКБ 6 февраля 2014 года с предварительным диагнозом: Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Интраоперационно был установлен диагноз: Буллезная болезнь тонкого кишечника. Актиномикоз тонкого кишечника? Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом.

- **врачи-эндоскописты впервые в Кыргызстане внедрили методику бронхоблокации.** Клапанная бронхоблокация является эффективным малоинвазивным немедикаментозным методом лечения легочного кровотечения и бронхоплевральных свищей. Применение данного метода значительно сокращают частоту послеоперационных осложнений, позволяет адекватно подготовить больного к радикальной операции, и улучшает общий прогноз болезни.

- **оказание практической помощи регионам.** 22 ноября 2014 года по приглашению администрации Сузакской территориальной больницы Жалал-Абадской области заведующий отделением хирургии №2 ОМОКБ, доктор медицинских наук, профессор Байышбек Осумбеков производил лапароскопические операции 4-м пациентам. Больным произведены лапароскопические холецистэктомии и лапароскопическая кистэктомия.

Операции, выполненные профессором Осумбековым Б.З. можно считать внедрением новой хирургической технологии в Сузакскую ТБ, впервые использована лапароскопическая аппаратура и произведена лапароскопическая холецистэктомия, кистэктомия.

- **научные исследования врачей.** В условиях ОМОКБ ежегодно выполняются научные исследования на различные тематики с выходом в защиту кандидатских и докторских диссертаций. К примеру, только за текущий год в больнице были защищены 1 докторская и 6 кандидатские диссертации.

- **впервые** в условиях отделения торакальной хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы, пациенту М.Т., 1987 года рождения, была произведена видеоторакоскопическая ревизия плевральной полости с последующей биопсией ткани плевры под раздельной интубацией бронхов и односторонней легочной вентиляцией.

Такого рода операции отвечают современным требованиям хирургии, считается новыми и перспективными видами операции в хирургической практике и на юге КР не проводились.

- **работа хирургического общества г.Ош и Ошской области.** В 2014 году благодаря усилиям профессора Муратова А.А. и при поддержке ведущих хирургов ОМОКБ, ОГТКБ, ООЦБТ, ТБ и других хирургов, возобновлена работа хирургического общества Ошской области и г.Ош. Всего в членстве общества по состоят более 100 врачей, в том числе из Ошской области и г.Ощ.

Качественные показатели ОМОКБ. В связи с оптимизацией работы ОМОКБ, в том числе клинических отделений, параклинических структур, поступления платных услуг, арендной доплаты в больнице несколько улучшилось обеспечение медицинской аппаратурой, лекарственными средствами и ИМН.

Благодаря:

- рациональному использованию мед.аппаратов,
- жесткой экономии материальных ресурсов,
- изыскания внебюджетных источников финансирования,

- внедрения достижений медицинской науки и передовых форм организаций труда в практику работы лечебно-диагностических отделений,
- регулярной работы над повышением делового и профессионального уровня специалистов, удалось стабилизировать показатели работы больницы, а по большинству важнейших показателей добиться улучшений.

Основные качественные показатели работы ОМОКБ за 2012-2013-2014 годы

№	Наименование показателей	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1.	Поступило больных, всего:	24002	23124	24474
	в т. ч. по направлению	16646	14793	15785
2.	Выписано больных, всего:	24073	22695	24236
3.	Пролеченный случай,			25035
4.	% пролеченного случая			100,5
5.	Оборот коек	29,8	28,6	31,0
6.	Работа коек в году	326,4	323,4	337,4
	Жителей г. Ош, в %	78,5	16,2	15,1
7.	Выписано с выздоровлением, в %	30,0	29,6	33,4
	с улучшением, в %	69,0	68,0	65,4
	без перемен, в %	1,0	0,9	1,2
8.	Средняя длительность пребывания больного	10,8	11,3	11,1
9.	Проведено больными койко-дней	263452	259916	272283
10.	Выполнение плана койко-дней, в %	96,8	95,6	99,4

Основные качественные показатели работы ОМОКБ за 2012-2013-2014 годы

№	Наименование показателей	2012 г.	2013 г.	2014 г.
11.	Отказано в госпитализации,	254	234	255
	в т. ч. сельских жителей	201	170	206
12.	Умерло больных, всего	267	305	294
	в т. ч. до суток	43	51	65
13.	Охвачено патолого-анатомическим исследованием	25,4	26,9	22,1
14.	Удельный вес расхождения диагнозов	-	3	
15.	Больничная летальность	1,1	1.3	1,2
16.	Количество оперированных больных	8096	8991	8895
17.	Количество операций,	8869	9933	9998
	в т. ч. экстренных	2552	2583	2841
18.	Хирургическая активность	77,2	77,1	82,3

Основные качественные показатели работы ОМОКБ
за 2012-2013-2014 годы

№	Наименование показателей	2012 г.	2013 г.	2014 г.
19.	Послеоперационные осложнения, в %	1,2	1,2	1,2
20.	Послеоперационная летальность, в %	0,8	0,7	0,8
22.	Количество переливаний:	9773	10415	13084
	а). крови и эритроцитарной массы	802	906	908
	б). плазмы	1709	1751	2195
	в). кровезаменителей	6970	7758	9981
23.	Количество перелитой в литрах:	4536,1	3692.73	4903,47
	а). крови и эритроцитарной массы 114,5	259,4	270.650	294,985
	б). плазмы	380,9	444.980	421,735
	в). кровезаменителей	3658,2	2977.1	4066,250
24.	Количество анализов, всего:	432575	576016	698461
	в т. ч. клинических	223187	377837	221946
	гематологических			232515
	биохимических	146781	134405	172341
	бактериологических	20855	20467	27181
	иммунологических	41752	43307	44478
	Количество анализов на 1 больного	26.6	24.5	20,6
	Обследовано лиц на RW	20376	19434	16169
	Количество рентген исследований, всего	8031	12271	10654
	в т. ч. рентгеноскопия	184	325	346
	рентгенография	4146	11946	10308
25.	Количество функциональных исследований:	21213	21635	23330
	в т. ч. ЭКГ	19018	19959	22301
	УЗИ	29492	30898	26611
26.	Охват физиолечением, в %	61,5	50.9	50,4
27.	Принято больных в АДО, всего:	120014	118792	123871
	в т. ч.- сельских	93694	95461	102296
	жителей г.Ош	26320	23331	21575
28.	Случаев заболеваний сотрудников	173	145	151
29.	Потеря дней нетрудоспособности на 100 работающих	280,6	252,2	338,0

Работа «Комитета по качеству и безопасности медицинской помощи». С целью выполнения приказа МЗ КР №10 от 14.01.2010 г. и улучшения профилактических, противоэпидемических мероприятий создан «Комитет по качеству и безопасности медицинской помощи (ККиБМП) в ОМОКБ», что согласуется с приказом директора ОМОКБ №11 от 28.01.2014 г.

Составлена и утверждена программа по контролю и предотвращению риска, связанного с оказываемой медицинской помощью и окружающей средой. Членами комиссии проводились ежемесячные внутренние клинические аудиты и доводились до сведения сотрудников на общем собрании.

Гуманитарная помощь. ОМОКБ тесно работает со многими гуманитарными, международными организациями, сотрудничает с фармацевтическими компаниями и частными предпринимателями. В результате решаются отдельные вопросы по обеспечению пациентов лекарственными препаратами и ИМН, не включенных в ПЖВЛС.

В течение 2014 года в ОМОКБ поступило гуманитарной помощи на сумму 24 146 547 сомов.

Питание. Организация лечебного питания в ОМОКБ является неотъемлемой частью лечебного процесса и входит в число основных лечебных мероприятий. С целью оптимизации лечебного питания, совершенствования организации и улучшения управления его качеством в больнице вводится новая номенклатура диет (система стандартных диет), отличающихся по содержанию основных пищевых веществ и энергетической ценности, технологии приготовления пищи и среднесуточному набору продуктов.

Диагностическая работа. Консультативно-диагностическое отделение - одно из самых крупных поликлиник при многопрофильных больницах КР. Ежегодно число посещений в поликлинику составляет порядка 130 000, около 250 посещений в день (в норме), а фактически данный показатель достигает 411 посещений в день. Специализированная высококвалифицированная консультативно-диагностическая медицинская помощь, оказываемая на 28 специализированных приемах 28 врачами поликлиники, все приемы ведутся в одной смене. В поликлинике ведется предварительная запись на консультативные приемы специалистов и некоторые виды обследований. Запись осуществляется на основании направления врача в ОЗ по месту жительства пациента.

В лабораториях ОМОКБ возможно проведение многих известных лабораторных исследований. Часть исследований автоматизированы и соответствуют требованиям стандартов лабораторного контроля.

В оснащении **КФД** имеются ЭКГ, аудиометрия, велоэргометрия, мониторирование ЭКГ и АД, ЭЭГ, исследование функции внешнего дыхания, велоэргометрия – вот неполный перечень проводимых исследований.

Международное сотрудничество. Инвестиции. ОМОКБ посетил посол Индии в Кыргызской Республике – Jayant Khobragade. Он в ходе своей рабочей поездки ознакомился со структурой и материально-технической базой больницы. В беседе с администрацией больницы пообещал установить сотрудничество между медицинскими центрами Индии и ОМОКБ в двух направлениях. Во-первых, посольство Индии планирует на базе больницы открыть и оснастить центр по телемедицине. Данный центр в он-лайн режиме будет поддерживать связь как с медицинскими центрами Бишкека, так и Индии. Во-вторых, посольство планирует реализовать курсы по повышению квалификации кыргызских врачей в медицинских центрах Индии. Причем все расходы, связанные с этим посольство берет на себя.

Турция передала в дар Кыргызстану три автомашины скорой помощи. Одна из которой передана ОМОКБ. Машины передаются в рамках подписанного 3 июня 2014 года «Соглашения между Правительством Кыргызстана и Правительством Турции о сотрудничестве в области здравоохранения и медицинских наук». Автомобили скорой помощи марки «Мерседес» (MB 316 3665 4x2 Sprinter Panel VAN Ambulance) оснащены современным медицинским оборудованием. Необходимо отметить, что в системе здравоохранения Кыргызской Республики сложилась тяжелая ситуация с обеспеченностью санитарным автотранспортом, 60% из имеющихся автомашин исчерпали свой технический потенциал, потребность в оснащении автомашинами скорой помощи на сегодняшний день составляет более 220 автомашин.

На базе Ошской межобластной больницы будет создано отделение челюстной ортодонтии. С 2003 года челюстно-лицевые хирурги и врачи-ортодонты Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ) сотрудничают с проектом фонда поддержки детей - «AWD» (Швейцария).

В 2013 году с помощью фонда «AWD» в больницу было привлечено инвестиции в размере 130 тысячи евро.

В этом году согласно решения Совета данного фонда в ОМОКБ еще выделено 1 млн сомов. Деньги израсходованы на ремонтные работы для создания новой структуры в ОМОКБ – отделения челюстной ортодонтии.

С целью успешной реализации данного проекта и обучения местных специалистов на базе ОМОКБ в течение двух лет будет работать доктор Ханс-Петер Менг.

За 2 года 15 врачей и 10 медсестер Ошской межобластной больницы прошли стажировку в Турции. За последние два года 15 врачей и 10 медицинских сестер прошли стажировку различной продолжительности в клиниках Турции.

В ходе стажировок врачи ознакомились с организацией, управлением и особенностями оказания медицинской помощи турецкому населению. Кыргызских специалистов заинтересовали службы кардиологии, кардиохирургии, офтальмологии, гематологии, эндоскопии и работа диализных центров. Они побывали в медицинских центрах, расположенных в городах Анкара, Стамбул, Урфа, Газиантеп, Эскишехир, Адыйаман, Анталия, Алания.

Организационные работы (конференции, международные профессиональные дни, семинары, аттестации). С 13 по 15 марта 2014 года по инициативе Министерства здравоохранения КР состоялся пресс-тур журналистов в город Ош и Ошскую область. Журналистов ознакомили с работой Ошской межобластной клинической больницы. Как было отмечено, из проблем, с которыми приходится сталкиваться медицинским работникам ОМОКБ, выделили позднюю обращаемость и диагностику больных, недооценку тяжести и неадекватную терапию на районном уровне, подверженность пациентов влиянию внешних поражающих факторов (отравлениям, ДТП, суицидам и т.п.), большую загруженность консультативного приема и др. Журналистам перечислены достоинства ОМОКБ, среди которых значатся межобластной статус, многопрофильность, профессионализм, высокая квалификация специалистов и др.

В музее больницы участники пресс-тура ознакомились с ее историей.

Ошские врачи-гепатологи и Бишкекские профессора обсудили новшества в лечении гепатитов. В рамках открытия Центра гепатологии на базе Ошской межобластной объединенной клинической больницы в актовом зале больницы, в городе Ош прошел круглый стол на тему «Вирусные гепатиты».

По информации Оргкомитета, работа круглого стола организована администрациями ОМОКБ, Республиканской клинической инфекционной больницы, кафедрой «Инфекционных болезней КГМИПиПК», частным медицинским гепатологическим центром «ЦАДМИР» совместно с Министерством здравоохранения Кыргызской Республики.

В работе круглого стола приняли участие д.м.н., профессор С.Т.Тобокалова, У.Б.Мусаева, А.З.Узакбаева, инфекционисты, терапевты, санитарные врачи, педиатры, медики-лаборанты, все специалисты, затрагивающие тему диагностики, лечения и профилактики вирусных гепатитов. В конференц-зале обсуждались важные вопросы, связанные с распространением вирусных гепатитов в Кыргызстане.

В ходе работы круглого стола поднимались вопросы, касающиеся эпидемиологии, клиники и течения заболевания, современных видов диагностики гепатитов В и С, препаратов, предназначенных для их лечения.

В настоящее время в республике реализуется целевая программа, рассчитанная на пять лет с 2011-2015 годы. Особое внимание докладчики уделяли профилактике вирусных гепатитов.

Всемирная организация здравоохранения опубликовала информацию о снижении количества зараженных гепатитом В в мире и увеличение числа заболевших гепатитом С.

В целях обмена опытом Ошскую межобластную больницу посетили врачи из Иссык-Куля. Ошскую межобластную объединенную клиническую больницу посетила группа врачей Иссык-Кульской областной объединенной больницы (ИООБ) в составе 8 человек. Цель приезда врачей заключается в обмене опытом и развитии сотрудничества между Иссык-Кульской областной объединенной больницей и Ошской межобластной объединенной клинической больницей. В числе врачей: организаторы здравоохранения,

акушер-гинекологи, неонатологи, педиатры, реаниматологи и др. В ходе ознакомительной поездки специалисты ИООБ побывали в отделениях челюстно-лицевой хирургии, операционного блока, эндоскопии, экстренной медицинской помощи, реанимации, неврологии, ангионеврологии, ЛОР-патологий, также посетили центральное стерилизационное отделение и родильный стационар больницы.

В Ошской межобластной больнице состоялась конференция «Миррахимовские чтения». Согласно указания Минздрава КР №234 от 15 мая текущего года на базе ОМОКБ состоялась научно-практическая конференция на тему «Современные аспекты кардиологии и внутренней медицины». Конференция прошла 24 мая и посвящалась светлой памяти академика М.М.Миррахимова.

Конференция преследовала цели поддержать семейных врачей и врачей стационаров в получении ими новейшей информации о достижениях медицины, новых диагностических и лечебных технологиях, что помогает им в повседневной работе, в целом, способствуя улучшению оказания медицинской помощи населению юга Кыргызской Республики.

В Ошской межобластной объединенной клинической больнице проведена Республиканская научно-практическая конференция посвященная 10-летию отделения ревматологии

2-3октября 2014 года в ОМОКБ, согласно утвержденному плану министерства здравоохранения Кыргызской Республики была проведена Республиканская научно-практическая конференция “Вопросы иммунопатологии в клинической практике: новые аспекты патогенеза, диагностики и терапии”, посвященная 10-летию отделения ревматологии. Почетными гостями этой конференции стали советник министра здравоохранения КР, член национальной комиссии по государственному языку при президенте КР Жээналиев М., главный внештатный ревматолог МЗ КР, к.м.н., доцент Лобанченко О.В., зам.директора НЦКТ, д.м.н., профессор Сарыбаев А.Ш., ведуший специалист отдела полномочного представителя правительства КР в Ошской области Исаков А.Ж., координатор здравоохранения Ошской области Акимова В.А. и др.

В Республиканской научно-практической конференции участвовали врачи из г. Бишкек, районов и городов Ошской, Жалал-Абадской и Баткенской областей. На конференции была дана информация о последних новостях и достижениях в диагностике и терапии современной ревматологии. Презентация медицинких фармкомпаний, выставка и продажа медицинской литературы в ходе конференции сопровождались оригинальной музыкой национального фольклора, прекрасым оснащением торжественного зала, а также налаженной работой организационного комитета в специальной форме, украсивщую облик данной конференции.

Конференции на базе Ошской межобластной больницы. Согласно приказов Минздрава КР 26 мая на базе ОМОКБ состоялись конференции, посвященные «Актуальным проблемам офтальмологии» и «Реализации опыта по инфекционному контролю на юге КР». В конференциях приняли участие ведущие специалисты Минздрава КР, международные эксперты и специалисты практического здравоохранения юга КР.

В ОМОКБ прошла конференция «Молодых врачей - 2014». В ОМОКБ 16 мая была организована ежегодная конференция «Молодых врачей - 2014». Данное мероприятие было посвящено году – «Укрепления Государственности нашей страны», 25-летию Государственному языку, а также 10-летнему юбилею ревматологического отделения ОМОКБ. В конкурсе были представлены доклады молодых врачей больницы в возрасте до 35 лет, в котором были озвучены лучшие достижения и результаты их научно-практических исследований в своей повседневной практической работе.

Изложение докладов на государственном языке, актуальность этих исследований в практическом здравоохранении, а также возможность использования в практике

современных методов диагностики и терапии, представленные молодыми докторами нашей больницы были отличительной стороной состоявшегося конкурса.

Данный конкурс был оценен специальной комиссией, созданной профессорами и доцентами ОМОКБ и ОшГУ, которые справедливо дали оценки всем участникам конкурса. В итоге конкурса 1 место занял врач отделения челюстно-лицевой хирургии - Ешиев Д.А., 2 место - врач отделении УЗИ - Осумбеков Р.Б., 3 место врач-ревматолог - Исаков У.К., а также 4 место врач-эндокринолог – Абдыраимова Гульзат.

Им были вручены специальные дипломы победителей и денежные премии в размере 5000 сомов от имени общественного фонда академика М.М.Миррахимова. Также молодые врачи Мырзашева Назгуль (челюстно-лицевая хирургия), Закирова Жыпар (1-инфекция) и Сабиров Бакай (сердечно-сосудистая хирургия) были награждены сертификатами и денежными премиями по 3000 сомов от имени ОФ В.Сергеева при ОМОКБ. Кроме того, оставшиеся участники данного конкурса также были поощрены денежными призами по 1000 сомов от имени ОФ В.Сергеева.

В своей заключительной речи председатель комиссии, директор ОМОКБ, профессор Ш.Сулайманов особо подчеркнул важность проведения таких конкурсов, которые будут способствовать в профессиональному росту, развитию подрастающего поколения врачей больницы, расширению возможности широкого применения государственного языка в медицине.

На базе Ошской межобластной больницы состоялась конференция по болезням почек. Согласно приказу Министерства здравоохранения КР 13 марта на базе Ошской межобластной объединенной клинической больницы состоялась ежегодная научно-практическая конференция «Всемирный день борьбы с заболеваниями почек», проходящей под девизом «Хроническая болезнь почек и возраст».

Конференция преследовала цели повышения знаний медицинских работников по современной диагностике и профилактике хронических заболеваний почек.

На конференцию были приглашены врачи организаций здравоохранения юга страны и все заинтересованные лицы.

С докладами выступили видные ученые и ведущие специалисты, в том числе по нефрологии, в Кыргызстане, такие как: профессор Калиев Р.Р., профессор Мусуралиев М.С., Бейшебаева Н.А., Айыпова Д.А., Ахунов Н.Х. и другие.

В ОМОКБ на высоком уровне отметили 25-летие Государственного языка. Официальное мероприятие, посвященное 25-летию государственного языка в ОМОКБ было организовано на высоком уровне. Данное мероприятие осуществлено на основании приказов Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Аппарата полномочного представителя Правительства КР по Ошской области. По этим приказам с 1 сентября по 1 декабря 2014 года в ОМОКБ был объявлен «3-х месячник по Государственному языку».

Гостями данного мероприятия были заведующим отделом социального мониторинга и развития полномочного представителя Правительства КР - Исаев А.Н., руководитель Фонда развития Государственного языка по Ошской области - Телекманова А.О., доцент ОшГУ, к.ф.н. Жамгырчиева Г.Т и другие почетные гости.

В ходе мероприятия прочитан доклад на тему «Укрепление государственности, начинается с государственного языка», а также прослушаны патриотические песни и прозвучал «Манас айтыш». В рамках мероприятия был объявлен конкурс среди клинических отделений по развитию государственного языка, где победителем стало эндокринологическое отделение, которому был вручен сертификат в номинации «Лучшее отделение по Государственному языку – 2014» и эстафетное переходящее Красное знамя. Кроме того, озвучены результаты конкурса по оформлению стенд-газет на тему «Государственный язык – опора дружбы», где по итогам результатов конкурса также были вручены ценные подарки отличившимся отделениям больницы.

На этом мероприятии за вклад в развитие государственного языка в системе здравоохранения заведующий отделением инфекции №2 - Тойтонов И.Т. был награжден Почетной грамотой Национальной комиссии по Государственному языку при Президенте КР, врач-кардиолог - Айдаралиев М.А. награжден Почетной грамотой полномочного представителя Правительства КР по Ошской области. Почетную грамоту от Республиканского общества «Кыргыз тили» получила врач-нефролог- Кудайбердиева Э.М.

В конце мероприятия при содействии полномочного представителя Правительства КР по Ошской области был организован показ историко-эпического кинофильма «Курманжан Датка», где этот показ стал незабываемым и воодушевленным моментом культурного отдыха всего коллектива больницы.

В Ноокатском районе при обследовании школьников у каждого пятого обнаружены патологии щитовидной железы из-за дефицита йода.

Врачи-эндокринологи ОМОКБ провели обследование школьников Ноокатского района Ошской области с целью выявления патологии щитовидной железы (ЩЖ). В состав врачей-эндокринологов вошли 4 человека. В школе имени А.Абдуваитова города Ноокат всего учатся 1080 учеников. Возраст школьников колебался от 6 до 17 лет. Всего осмотрено 985 учеников (91,2%). Среди них выявлено: патологии щитовидной железы у 204 школьников (20,7%), в том числе: с увеличением щитовидной железы 1 степени – 178, с увеличением щитовидной железы 2 степени – 25 учеников. Частота узлового зоба составила – 1. Увеличение ЩЖ наблюдается в основном у детей с 8-ми до 13 лет (74,7%). Показателем наличия йодной недостаточности является возраст детей 10-11 лет, что составило 22,4%.

Наличие увеличения щитовидной железы у детей с 12 до 15 лет является физиологическим в пубертатный период. Другие патологии в виде задержки физического развития диагностировано у - 10 учеников, врожденная глухонемота у - 1, ДЦП у - 1, ожирение у – 2, лимфаденит шейных лимфоузлов у – 1 ребенка.

Следовательно, наличие у 22,4% детей увеличения щитовидной железы различной степени свидетельствует о сохранении йододефицита в южных регионах Кыргызстана, в частности в Ноокатском районе. В связи с чем, среди руководства школы и учителей проведена лекция по йододефицитным заболеваниям, о необходимости проведения срочных мероприятий с целью ликвидации йододефицита, рекомендовано всем детям в зависимости от возраста с лечебной и профилактической целью принимать «Йодомарин 100» - 200 мкг/с в течение 3 - 6 мес, на фоне употребления йодированной соли.

Рекомендовано провести родительские собрания в школе и обязать родителей давать под контролем врачей ГСВ детям препараты йода. Дети с узловым зобом (1) и лимфаденитом направлены в город Ош для дальнейшего обследования и лечения. Десять детей с задержкой роста направлены к врачам ГСВ для определения причины болезни.

С целью улучшения службы эндокринологии, а также ликвидации йододефицитных заболеваний, рекомендовано:

- проводить 1 раз в квартал профилактические осмотры всех школьников района силами врачей ГСВ и местных эндокринологов с целью выявления патологии ЩЖ.

- проводить контроль качества употребляемой пищевой йодированной соли службой санэпидемстанции и врачами ГСВ.

В Ошской межобластной больнице организованы регистры табакокурения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2030 году на долю неинфекционных заболеваний (НИЗ) в мире будет приходиться до 75% случаев всех смертей. В 2000 году была принята глобальная стратегия по предупреждению НИЗ и борьбе с ними. НИЗ включает такие болезни как: сердечно-сосудистые заболевания, рак, ХОБЛ, диабет.

Анализ бремени болезней, проведенный ВОЗ, показывает, что почти 60% общего бремени болезней приходится на долю 7 ведущих факторов риска, таких как: повышенное артериальное давление, табакокурение, вредное употребление алкоголя, избыточная масса тела и другие.

По данным ВОЗ, устранение основных факторов риска НИЗ позволяет избежать 80% случаев болезней сердца, инсульта и диабета 2-го типа и 40% случаев заболевания раком. Однако, во многих странах, в том числе в Кыргызстане, службы здравоохранения уделяет основное внимание вопросам лечения, а не профилактики НИЗ.

В связи с этими, и в целях реализации решений коллегии МЗ КР от 4 февраля, на базе консультативно-диагностического отделения (КДО) и отделения экстренной медицинской помощи (ОЭМП) организованы регистры по учету курящих пациентов, посетивших эти подразделения больницы.

Предварительный анализ показал, что за январь месяц КДО посетили 9696 (100%) пациентов, из них каждый четвертый отметил, что курит (2564 или 26,4%). ОЭМП посетили 387 (100%) пациентов, из них 111 (28,6%) оказались курящими.

Онлайн конференция впервые на юге страны прошла в Ошской межобластной объединенной клинической больнице. 26-27-28 марта впервые на юге Кыргызской Республики и в истории ОМОКБ в он-лайн режиме транслирована ежегодная научно-практическая конференция «Миррахимовские чтения: современные аспекты кардиологии и внутренней медицины», которая состоялась в НЦКТ имени М. Миррахимова в г. Бишкек.

В рамках конференции с интересными и актуальными докладами выступили ведущие профессора России, такие как Мкртумян А.М. (эндокринология), Решетняк Т.М. (ревматология), Оганов Р.Г. (кардиология), Новиков П.И. (нефрология). Кроме того, прослушаны оригинальные сообщения о новых методах диагностики и терапии кыргызских ученых.

Врачи юга страны в ходе видеоконференции участвовали в обсуждениях и имели возможность задавать вопросы к лекторам. Конференция прошла с высокой активностью нашей аудитории, что отмечено нашими столичными коллегами.

Культурно-массовые работы. Всемирный день здоровья в Ошской межобластной больнице. Как стало традицией в последние 3-4 года, в Ошской межобластной объединенной клинической больнице состоялись спортивные соревнования среди медицинских работников, посвященные ко всемирному дню здоровья.

Всемирный день здоровья (ВДЗ) – это глобальная кампания, которая направлена на привлечение внимания каждого жителя нашей планеты к проблемам здоровья и здравоохранения. ВДЗ отмечается ежегодно 7 апреля в день создания в 1948 году Всемирной организации здравоохранения.

Каждый год ВДЗ посвящается глобальным проблемам, стоящим перед здравоохранением планеты и проходит под разными девизами. 2014 года - «Маленький укус – источник большой опасности». Известно, что переносчиками инфекций являются небольшие организмы, такие как комары, клопы, клещи и пресноводные моллюски, которые могут передавать болезнь от одного человека другому и из одного места в другое. Соответственно, тем самым они создают угрозу для нашего здоровья и дома, и во время путешествий и поездок. Поэтому кампания по случаю Всемирного дня здоровья 2014 года направлена на распространение информации о некоторых основных переносчиках и болезнях, которые они вызывают, и о способах нашей защиты от них.

В спортивных соревнованиях приняли участие порядка 200 сотрудников больницы. Победителей и активных участников этих мероприятий наградили почетными грамотами комитета по спорту мэрииг.Оши больницы. Кроме того, призерам соревнований вручены ценные подарки, сувениры.

День медицинских работников в Ошской межобластной больнице. В рамках объявленных в начале 2014 года: - «Года укрепления государственности в КР», - «Года улучшения инфраструктуры в Ошской области», и в преддверии профессионального праздника медицинских работников КР, 5 июля 2014 года на базе ОМОКБ прошли праздничные мероприятия. В рамках этого был открыт центр отдыха «Улукман Ордо». В торжестве приняли участие сотрудники Полномочного представителя ПКР в Ошской области (Исаев А.Н., Исаков А.Ж.), Ошского городского кенеша, председатель Ошского областного комитета профессионального союза медицинских работников (Ашимов С.Н.), врачи, средний и младший медицинский персонал больницы.

«Лучшие» сотрудники больницы были награждены нагрудными значками «Саламаттык сактоонун ардактуу кызматкери», почетными грамотами ЖК КР (1 чел.), представителя ПКР в Ошской области (2 чел.), Ошского городского кенеша (3 чел.), министерства здравоохранения КР (3 чел.) и другие.

Особенным был тот момент, когда Президент ОФ имени В. Сергеева, профессор Ешиев А.М. огласил и вручил очередной «Золотой» медаль имени В.П. Сергеева с денежной премией. В этом году обладателем данной престижной награды стала заведующая отделением «Микрохирургии глаз», заслуженный врач КР – Мамадинова Г.М.

В ходе данного торжества участники были приятно удивлены творческим мастерством коллектива художественной самодеятельности ОМОКБ. Интересными были интермедии, песни и танцы наших творческих талантов.

Таким образом, Ошская межобластная объединенная клиническая больница является не только лечебно-диагностическим центром на юге Кыргызской Республики, но также является центром образования, науки и практики.

Sergeev V.P., Sulaimanov Sh.A., Asanov T.M., Sagyndicov N.S., Jarmatova T.D., Akchupaev S.M., Koychuev K.K., Sakibaev K.Sh., Jumaliev A.K., Osh interregional united clinical hospital, Osh

OSH INTERREGIONAL UNITED CLINICAL HOSPITAL: yesterday, today and tomorrow

Osh interregional united clinical hospital (hereinafter OIUCH) is a public institution of Health, the state policy of the Kyrgyz Republic in the field of public health, which provides highly skilled specialized medical-advice, organizational and methodical help to healthcare organizations of the southern region of the country. OIUCH includes 26 clinical and 14 paraclinical structures, as well as a maternity hospital. The hospital has 958 beds, including 410 surgical, 397 therapeutic, 90 infectious diseases, as well as 151 (including 6 beds pediatric intensive care) beds in the maternity hospital. In addition, OIUCH is educational and clinical base for the Medical Faculty of Osh State University, Kyrgyz State Medical Academy named after Academician I.K. Ahunbaev, Kyrgyz State Institute of retraining and advanced training, which educate students and medical residents.

ПЕДИАТРИЯ

УДК 616.5-002-056.43-053.5-036.32(575.22)

Муратова Ж.К., Ошский государственный университет, медицинский факультет, г.Ош

ИЗУЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИМПТОМОВ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Резюме. *Цель исследования - получение данных о распространенности симптомов атопического дерматита у детей школьного возраста в г. Жалал-Абад. Материал и методы. Обследовано 4235 школьников: 1778 – в возрасте 7-8 лет и 2457 – в 13-14. Результаты и их обсуждение. Проведено исследование распространенности симптомов атопического дерматита по критериям программы «Международное изучение астмы и аллергии у детей». Среди опрошенных школьников 7-8 и 13-14 лет симптомы атопического дерматита были выявлены у 2,7 и 7,8% соответственно. Атопический дерматит встречался в 2,8 раза чаще у восьмиклассников, чем у первоклассников. Заключение. Атопический дерматит выявляется у 5.25% детей.*

Ключевые слова: *атопический дерматит, дети, распространенность*

Корутунду: *Изилдөө максаты – Жалал-Абад шаарындагы мектеп окуучуларындагы атопиялык дерматиттин белгилеринин таралуусу боюнча маалыматтарды алуу. Изилдөө материалы жана ыкмалар. 4235 мектеп окуучулары изилденген. Алардын 1778 7-8 жаштагы жана2457 – 13-14 жаштагы балдар. Жыйынтыктар жана аларды талкуулоо. «Эл аралык балдардын астма жана аллергиясы боюнча изилдөө» программасынын баалоочендери боюнчаатопиялык дерматиттин белгилеринин таралуусун изилдөө боюнча текшерүү жүргүзүлгөн. Сурамжылоонун жыйынтыгында 7-8 жаштагы балдарда 2,7%, ал эми 13-14 жаштагы балдарда 7,8% атопиялык дерматиттин белгилери аныкталган.Атопиялык дерматит биринчи класстын окуучуларына караганда 2,8 эсе сегизинчи класстын окуучуларында кездешкен. Жыйынтыгы. Атопиялык дерматит 5,25% балдарда кездешет.*

Өзөктүү сөздөр: *атопиялык дерматит, балдар, таралуу*

Введение

Среди аллергических заболеваний кожи у детей атопический дерматит занимает одно из ведущих мест. Распространенность этого заболевания, по данным эпидемиологических исследований, колеблется в широких пределах [1, 3, 10, 11, 15]. Атопический дерматит из-за своей высокой распространенности у детей, раннего начала и быстрого формирования хронических форм представляет собой одну из актуальных проблем педиатрии [2, 6, 13, 17, 18]. Данные статистических отчетов не отражают истинной распространенности аллергических заболеваний, так как учитывают в основном тяжелые формы заболевания, требующие обращения к врачу. Вместе с тем разработка комплексных планов борьбы с аллергическими заболеваниями у детей возможна только на основе результатов массовых эпидемиологических исследований, позволяющих получить достоверные данные о распространенности болезни в регионе в различные возрастные периоды.

Для получения сопоставимых результатов в последние годы ученые различных стран используют в эпидемиологических исследованиях аллергических заболеваний единые методические подходы [11, 14]. Программа «Международное изучение астмы и аллергии у детей – International Study of Asthma and Allergies in Childhood («ISAAC») стала первой, по которой появилась возможность унифицировать подходы к оценке распространенности аллергических заболеваний. Такие исследования в Кыргызской Республике проводятся с 2001 г. [12].

В северных районах Кыргызской Республики в городах Бишкек и Балыкчы проведены стандартизированные исследования распространенности бронхиальной астмы, атопического дерматита и аллергического ринита у детей по программе «ISAAC» [4].

Эпидемиологические исследования атопического дерматита на юге Кыргызстана у детей по этой методике ранее не проводились, поэтому проблема остается крайне актуальной, так как позволяет выявить заболевание на более ранних стадиях развития, разработать и улучшить методы диагностики и профилактики более тяжелых и сочетанных с атопическим дерматитом форм аллергических заболеваний.

Целью нашего исследования явилось получение данных о распространенности симптомов атопического дерматита у детей школьного возраста в г. Жалал-Абад.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность симптомов атопического дерматита у детей 7-8 и 13-14 лет города Жалал-Абад.

2. Оценить чувствительность региональных (кыргызской и узбекской) версий стандартизованного опросника «ISAAC».

Материал и методы

Процесс разработки и валидизации национальных версий стандартизованного опросника программы «International Study of Asthma and Allergies in Childhood» производились согласно протоколу [11, 14].

Исследование провели путем анкетирования школьников 8-х классов и родителей первоклассников в 23 школах г. Жалал-Абад по анкете программы «ISAAC» (8 вопросов) для выявления больных атопическим дерматитом. Всего было опрошено 4235 школьников от 7-8 и 13-14 лет. Возврат анкет составил 98%.При этом учащихся кыргызской национальности было 63%, узбеков – 29%, русских – 3,5% и представителей других национальностей (турки, уйгуры, татары и др.) – 4,5%. Соотношение девочек и мальчиков среди детей 7-8 и 13-14 лет соответственно было 50.1% - 49.0% и 51.6% - 48.4%.

Результаты и их обсуждение

Результаты этих исследований, верифицированные и принятые Международным центром «ISAAC» (Окленд, Новая Зеландия) [14, 15, 16], выявили достаточно высокую частоту симптомов атопического дерматита у школьников города Жалал-Абад.

Школы, включенные в исследование, были отобраны методом сплошной выборки.

На первом этапе обследования установили распространенность атопического дерматита у 5.25% детей. Среди 4235 школьников 7-8 и 13-14 лет атопический дерматит был выявлен у 2,7 и 7,8% соответственно (таблица).

Все эпидемиологические исследования по программе «ISAAC», проведённые в других регионах Кыргызской Республики и за рубежом, показали, что результаты распространённости данной патологии превышали результаты официальной статистики в 1,2-2,6 раза [4, 7, 9, 15]. Наши данные подтвердили наличие гиподиагностики атопического дерматита у детей. В то же время исследованиями [5] была выявлена очень низкая диагностика практическими врачами бронхиальной астмы и аллергического ринита. При наличии достоверных симптомов астмы и аллергического ринита диагноз был установлен лишь у 1/4 и у 1/10 школьников соответственно.

При сравнении наших результатов распространенности атопического дерматита с другими регионами Кыргызской Республики и Российской Федерации установили, что она практически одинаково с Бишкеком [4], выше, чем в Чебоксарах [8]. Атопический дерматит встречается во всех регионах мира, у лиц обоего пола, в разных возрастных группах. Заболеваемость, по сведениям различных авторов, колеблется от 6 до 15 человек на 1000 населения [4, 5, 7, 8, 9, 15].

Таблица

Частота симптомов атопического дерматита среди школьников по опроснику программы «ISAAC»в исследуемых группах

Симптом	7-8 лет n=1778		P	13-14 лет n=2457		Всего n=4235	
	абс.	%		абс.	%	абс.	%
Симптомы АД когда-либо	88	4.9±0,5	<0,001	447	18.2±0,4	535	11.55±0,4
Симптомы АД в течение 12 месяцев	48	2.7±0,4	<0,001	192	7.8±0,4	240	5.25±0,3
Поражение типичных участков кожи, характерных для АД	29	1.6±0,4	<0,001	98	4.0±0,3	127	2.8±0,3
Полное исчезновение сыпи за последние 12 месяцев	32	1.8±0,4	<0,001	114	4.6±0,3	146	3.2±0,3
Отсутствие ночных пробуждений за последние 12 месяцев из-за зудящей сыпи	34	1.9±0,4	<0,001	84	3.4±0,3	118	2.65±0,3
Ночные пробуждения за последние 12 месяцев из-за зудящей сыпи менее чем1 ночь в неделю	6	0.3±0,2	>0,05	34	1.4±0,2	40	0.85±0,5
Ночные пробуждения за последние 12 месяцев из-за зудящей сыпи 1 и более ночей в неделю	7	0.4±0,1	>0,05	22	0.9±0,1	29	0.65±0,1
Установленный диагноз АД	14	0.8±0,5	>0,05	23	0.9±0,3	37	0.85±0,1

Примечание: P<0,001 - различия достоверны между сравниваемыми группами. АД – атопический дерматит.

В России по данным программы «ISAAC» распространенность атопического дерматита среди детей составляет 6,7%-12,3% случаев. Чаще болеют девочки (65%), реже - мальчики (35%). Заболеваемость атопическим дерматитом в городах выше, чем в сельской местности. Ежегодно во всех регионах страны возрастет число больных не только с впервые установленным диагнозом, но и более тяжелым течением заболевания, особенно в раннем детском возрасте. Дети с атопическим дерматитом склонны к последующему развитию бронхиальной астмы и аллергического ринита [1, 3, 13, 17, 18].

Нами установлено, что распространенность симптомов атопического дерматита зависела от возраста детей. Атопический дерматит встречался в 2,8 раза чаще у восьмиклассников, чем у первоклассников. Половые различия по распространенности данной патологии в группе детей 7-8 лет были статистически незначимыми (p>0.05).

Следовательно, атопический дерматит относится к распространенным аллергическим заболеваниям и встречается у 5.25% детей в популяции школьников г. Жалал-Абад.

Выводы

1. Распространенность симптомов атопического дерматита у детей школьного возраста составляет - 5.25%. Среди опрошенных школьников 7-8 и 13-14 лет симптомы данной болезни были выявлены у 2,7 и 7,8% соответственно.

2. Атопический дерматит встречался в 2,8 раза чаще у восьмиклассников, чем у первоклассников. Половые различия по распространенности симптомов АД в группе детей 7-8 лет были статистически незначимыми.

3. Региональные версии стандартизованного опросника программы «ISAAC» на кыргызском и узбекском языках являются чувствительными и могут быть использованы

для выявления симптомов атопического дерматита у детей на когортном и индивидуальном уровнях.

Литература

1. Аллергология и иммунология: клинические рекомендации для педиатров // Союз педиатров России. – 3-е изд., испр. и доп. / под ред. А.А. Баранова и Р.М. Хаитова.– М., 2011. – 256 с.
2. Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики: учебное пособие / О.Ж. Узаков, Ж.К. Муратова, Б.Д. Кудаяров. – Ош. 2012. – 52 с.
3. Балаболкин, И.И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе / И.И. Балаболкин //Педиатрия. - 2012. - Том 91, № 3. – С. 15-17.
4. Боронбаева, Э.К. Современные методологические аспекты эпидемиологических и клинических исследований аллергической патологии у детей: автореф. дисс. … канд. мед.наук / Э.К. Боронбаева. – Бишкек, 2005. - 23 с.
5. Кожевникова, С.Л. Клинико-эпидемиологические особенности бронхиальной астмы и аллергического ринита у школьников г. Чебоксары: автореф. дис. … канд. мед.наук / С.Л. Кожевникова. - Казань, 2001. - 25 с.
6. Колхир, П.В. Доказательная аллергология-иммунология / П.В. Колхир. – М.: Практическая медицина, 2010. – 528 с.
7. Лысикова, И.В. Распространенность аллергических заболеваний у детей по результатам мультицентровых исследований в рамках международной программы ISAAC: автореф. дис. … канд. мед.наук / И.В. Лысикова. - М., 1999. - 20 с.
8. Луткова, Т.С. Клинико-эпидемиологические аспекты атопического дерматита у школьников города Чебоксары: автореф. дис. … канд. мед.наук / Т.С. Луткова. - Чебоксары, 2005. - 28 с.
9. Мачарадзе, Д.Ш. Распространенность атопических заболеваний среди детей в г. Москве (по данным I и III фаз исследования по программе ISAAC) / Д.Ш. Мачарадзе // Российский аллергологический журнал. – 2005. – №5. – С. 59–63.
10. Ревякина, В.А. Атопический дерматит у детей. Современные проблемы / В.А. Ревякина. – М.: Фарматека, 2012. - № 6. - С. 34–38.
11. Стандартизированные эпидемиологические исследования аллергических заболеваний у детей. Адаптация программы “Международное исследование астмы и аллергии у детей (ISAAC)” в России: пособие для врачей. - М., 1998. – 30 с.
12. Сулайманов, Ш.А. ISAAC в Кыргызстане / Ш.А. Сулайманов, Н.А. Тороев, Н.Н. Бримкулов //Центрально-азиатский медицинский журнал. - Том IX.- 2003. Приложение 2. – С. 10-11.
13. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению атопического дерматита. Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов. Утверждено Президиумом РААКИ (23 декабря 2013 г.). - М., 2013. – С. 28.
14. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet. –1998. – Vol. 351. – P. 1225–32.
15. Worldwide variations in the prevalence of symptoms of atopic eczema in the International Study of Asthma and Allergies in Childhood / H. Williams, C. Robertson, A. Stewart [et al.] //J. Allergy Clin.Immunol.–1999. – Vol. 103. – P. 125–38.
16. Climate and the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinitis, and atopic eczema in children / S.K. Weiland, A. Husing, D.P. Strachan [et al.] //Occup. Environ.Med. –2004. – Vol. 61.- P. 609–15.
17. WAO White Book on Allergy,- 2011. – 2012: Executive Summary. – P. 4.
18. Atopic dermatitis / S. Wolter //Pediatr. Clin. North Am. – 2014. - Vol. 61 (2). – P. 241–260.

УДК:616:5:616-053.2

Сулайманов Ш.А., Анарбаев А.А., Нуруева З.А., Нургазиева С.М., Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ошская межобластная детская клиническая больница, Ошский государственный университет, г.Ош

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ: ФАКТОРЫ РИСКА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Резюме: *Представлены результаты клинико-диагностического обследования детей с атопическим дерматитом (АД), проживающих на юге Кыргызской Республики. Установлен высокий уровень наличия у обследованных детей отягощенного семейного анамнеза, повышенного содержания общего IgE в сыворотке крови, сопутствующей патологии. Даны показатели распространенности АД методом стандартизированного эпидемиологического исследования по критериям ISAAC. Обследовано 4235 школьников. АД выявили у 5.25% детей.*

Ключевые слова: *дети, атопический дерматит, факторы риска, распространенность.*

Корутунду: *Кыргыз Республикасынын түштүк аймагындагы балдардын атопиялык дерматит дарты менен жабыркоосунун клиникалык-дарт аныктоо изилдөөлөрүнүн жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Текшерилген балдарда кооптуу үй бүлөлүк таржымал, канда жалпы IgE көбөйүп, коштолгон дарттын болушу аныкталган. Стандартташтырылган эпидемиологиялык изилдөө ыкмалары аркылуу ISAAC баалоочендери боюнча атопиялык дерматиттин таралуусу көрсөтүлгөн. Жалпысынан 4235 мектеп окуучусу текшерүүдөн өткөн. Атопиялык дерматит 5,25% балдарда аныкталган.*

Өзөктүү сөздөр: *балдар, атопиялык дерматит, тобокел факторлору, таралышы*

Актуальность. Атопический дерматит как хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, характеризуется нарушением барьерной функции эпидермиса с интенсивным зудом, сухостью и повышенной проницаемостью кожи в отношении раздражающих субстанций окружающей среды [1, 2, 8, 12, 15, 26, 28]. Распространенность АД среди детей всех возрастов наивысшая в странах Западной Европы, где заболевание поражает до 22% детской популяции. Увеличивается распространенность АД в Восточной Европе, Азии и многих других регионах мира [3, 5, 16, 20, 26, 28].

В формировании АД важная роль принадлежит взаимодействию генетических и средовых факторов с последующим развитием сенсибилизации организма. В развитии АД решающую роль играют иммунокомпетентные клетки [4, 7, 11, 21, 22, 23, 29, 31, 32].

Информации об особенностях формирования, факторах риска и эпидемиологии АД у жителей юга Кыргызской Республики отсутствуют, что стало обоснованием к проведению данного исследования.

Целью данной работы явилось изучение факторов риска формирования и распространенности атопического дерматита у детей, проживающих на юге Кыргызской Республики.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 103 ребенка, больных АД, в возрасте от 3 мес до 14 лет, из них 54 (52,7%) мальчиков и 49 (47,3%) девочки. Длительность болезни колебалась от 2 нед до 9 лет. У 74 (72%) детей манифестация АД приходилась на ранний детский возраст.

АД верифицировали на основании данных аллергологического анамнеза, результатов клинико-лабораторных и аллергологических методов диагностики (иммуноферментный анализ). Для оценки степени тяжести АтД у части детей

использовали полуколичественную шкалу SCORAD [1, 2, 10]. Диагноз устанавливали на основании классификации атопического дерматита, предложенной Научно-практической программой Союза педиатров России [2].

Исследование эпидемиологии АД провели путем анкетирования школьников 8-х классов и родителей первоклассников в 23 школах г. Жалал-Абад по анкете программы «ISAAC» для выявления больных АтД. Всего было опрошено 4235 школьников от 7-8 и 13-14 лет. При этом учащихся кыргызской национальности было 63%, узбеков – 29%, русских – 3,5% и представителей других национальностей (турки, уйгуры, татары и др.) – 4,5%. Соотношение девочек и мальчиков среди детей 7-8 и 13-14 лет соответственно было 50.1% - 49.0% и 51.6% - 48.4%.

Результаты и их обсуждение. В результате анализа полученных данных установлено, что родители 48 (51,6%) детей, больных АД, отмечали отягощенный семейный анамнез по аллергии, чаще - по материнской линии (56,2%).

В анамнезе у 61 (65,6%) ребенка были установлены проявления гиперчувствительности к аллергенам пищевых продуктов. В 24 (25,8%) случаях ухудшение течения кожного процесса было связано с психо-эмоциональными факторами. У 7 (7,5%) больных отмечалась склонность к частым инфекциям. В ходе обследования у 21 (22,6%) ребенка были диагностированы дискинетические нарушения в желчных путях, у 9 (9,7%) - проявления обструкции бронхов, у 12 (12,9%) - лямблиоз и у 5 (5,4%) детей - аскаридоз. У 1 (1%) ребенка была диагностирована бронхиальная астма, у 5 (5,4%) детей зарегистрирован аллергический ринит. 23 (24,7%) ребенка страдали железодефицитной анемией среднетяжелой или тяжелой степени.

Каждому возрастному периоду свойственны свои клинико-морфологические особенности, что проявляется в возрастной эволюции элементов сыпи. В связи с этим, выделяли пять клинико-морфологических форм (экссудативная, эритематозно-сквамозная, эритематозно-сквамозная с лихенификацией, лихеноидная, пруригинозная) и три стадии развития заболевания - младенческую, детскую и подростково-взрослую. У 52 (55,9%) детей была установлена экссудативная, у 23 (24,7%) больных – эритематозно-сквамозная с лихенификацией, и у 18 (19,3%) детей – эритематозно-сквамозная формы АтД. У 68% детей кожный процесс носил генерализованный и у остальных 32% - ограниченный характер. Все дети находились в периоде обострения кожного процесса.

АтД свойственен клинический полиморфизм высыпаний. Истинный полиморфизм высыпаний является общим признаком всех клинических форм АтД, они создают сложный клинический синдром с сочетающимися чертами экзематозного и лихеноидного поражения, сопровождающегося зудом. Кожный процесс у наблюдавшихся детей сопровождался во всех случаях (100%) зудом кожи, в 85 (91,3%) случаях - мокнутием, в 54 (58%) – лихенификацией и в 45 (48,4%) случаях - эритемой кожного покрова.

При экссудативной («мокнущей») форме АтД на эритематозном отечном фоне наблюдались папуло-везикулезные элементы, которые располагались главным образом на волосистой части головы, лице (щеки, лоб, подбородок) (53,4%), разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, ягодицах (25%), имели симметричный характер и сопровождались интенсивным зудом.

Для «сухой» формы АтД было характерно наличие эритематозно-сквамозных, слегка инфильтрированных очагов, эпидермо-дермальных сильно зудящих папул. Выявлялось множество вторичных элементов: эрозии, корки, чешуйки, экскориации.

По данным аллергологического обследования у 30 (32,2%) детей с АтД наблюдалось повышенное содержание общего IgE в сыворотке крови. Уровень общего IgE в сыворотке крови колебался от 215 до 3084 МЕ/мл.

Следовательно, значимым иммунопатологическим механизмом в патогенезе АтД является реакция гиперчувствительности немедленного типа. Факторами, подтверждающими роль IgE в патогенезе АтД, являются семейный анамнез по атопии,

повышение уровня общего IgE в сыворотке крови, снижение уровня IgE во время ремиссии и повышение во время обострения АтД, а также наличие у таких детей сопутствующих аллергических заболеваний.

Нами было установлено, что распространенность АД у детей достигает 5.25%. Среди 4235 школьников 7-8 и 13-14 лет АД был выявлен у 2,7 и 7,8% соответственно.

Все эпидемиологические исследования по программе ISAAC, проведённые в других регионах Кыргызской Республики и за рубежом, показали, что результаты распространённости АтД превышали результаты официальной статистики в 1,2-2,6 раза [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Наши данные подтвердили наличие гиподиагностики АтД у детей. В то же время исследованиями С.Л. Кожевниковой [4] была выявлена очень низкая диагностика практическими врачами бронхиальной астмы и аллергического ринита. При наличии достоверных симптомов астмы и аллергического ринита диагноз был установлен лишь у 1/4 и у 1/10 школьников соответственно.

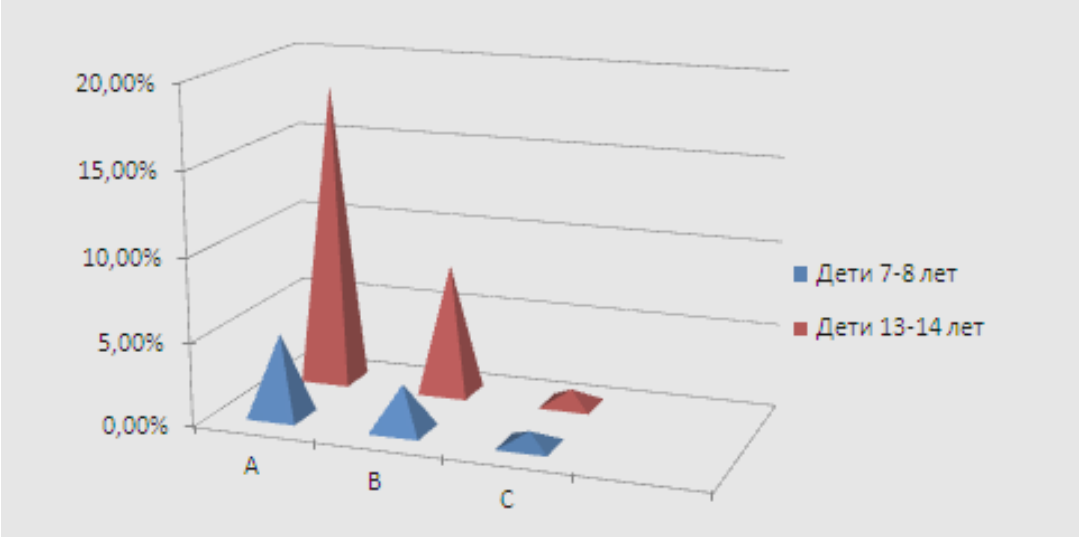


Рис. Частота симптомов АД у детей 7-8 и 13-14 лет (в %), где А – симптомы АД когда-либо, В – симптомы АД в течение 12 мес и С – установленный диагноз АД.

При сравнении наших результатов распространенности АтД с другими регионами Кыргызской Республики и Российской Федерации установили, что она практически одинаково с Бишкеком [3], выше, чем в Чебоксарах [6]. Атопический дерматит встречается во всех регионах мира, у лиц обоего пола, в разных возрастных группах. Заболеваемость, по сведениям различных авторов, колеблется от 6 до 15 человек на 1000 населения [12, 14, 15, 16]. В России по данным ISAAC распространенность атопического дерматита среди детей составляет 6,7%-12,3% случаев. Чаще болеют девочки (65%), реже - мальчики (35%). Заболеваемость атопическим дерматитом в городах выше, чем в сельской местности. Ежегодно во всех регионах страны возрастет число больных не только с впервые установленным диагнозом, но и более тяжелым течением заболевания, особенно в раннем детском возрасте. Дети с атопическим дерматитом склонны к последующему развитию бронхиальной астмы и аллергического ринита [1, 4, 5, 6].

Нами установлено, что распространенность АтД зависела от возраста детей. АтД встречался в 2,8 раза чаще у восьмиклассников, чем у первоклассников. Половые различия по распространенности АтД в группе детей 7-8 лет были статистически незначимыми.

Результаты этих исследований, верифицированные и принятые Международным центром ISAAC (Окленд, Новая Зеландия), выявили достаточно высокую частоту симптомов атопического дерматита у школьников юга Кыргызстана.

Таким образом, АтД относится к распространенным аллергическим заболеваниям и встречается у 5.25% детей в популяции школьников г. Жалал-Абад.

Выводы:

1. Факторами риска возникновения АД у детей, проживающих на юге Кыргызской Республики, являются: отягощенный семейный анамнез по аллергии (51,6%, по материнской линии – 56,2%), проявления гиперчувствительности к пищевым аллергенам (65,6%), психо-эмоциональные нарушения (25,8%).

2. В клинической картине АД у детей преобладают генерализованные формы (68%) в виде экссудативного (55,9%), эритематозно-сквамозного с лихенизацией (24,7%) и эритематозно-сквамозного (19,3%) вариантов течения, протекающих на фоне повышенного содержания общего IgE в сыворотке крови (32,2%).

3. Эпидемиологическое исследование с использованием стандартизированной программы ISAAC показало, что у школьников, проживающих в г. Жалал-Абад, констатирована высокая распространенность симптомов атопического дерматита - 5,25%, в том числе - 2,7% у детей 7-8 лет и - 7,8% у детей 13-14 лет.

Литература:

1. Узаков, О.Ж. Атопический дерматит: новые аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики, терапии и профилактики [Текст]: учеб.пособие / О. Ж. Узаков, Ж. К. Муратова, Б. Д. Кудаяров. - Ош, 2012. – 52 с.
2. Атопический дерматит у детей, диагностика, лечение и профилактика: научно-практическая программа Союза педиатров России. — М., 2000. — 76 с.
3. Балаболкин И.И. Актуальные проблемы аллергологии детского возраста на современном этапе [Текст] / И. И. Балаболкин // Педиатрия. - 2012. - Том 91. - № 3.
4. Балаболкин И.И. Пищевая аллергия у детей [Текст] / И. И. Балаболкин // Аллергология и иммунология в педиатрии. - 2008. - № 4 (15). - 7-15 с.
5. Безрукова Д.А. Эпидемиология основных атопических заболеваний: бронхиальной астмы, атопического дерматита, аллергического ринита [Текст] / Д.А. Безрукова // Астраханский мед.журнал. – 2009. - 4(3). - 17–25 с.
6. Боровик, Т.Э. Инновационные подходы к организации прикорма детям с пищевой аллергией и из группы высокого риска по развитию атопии [Текст] / Т. Э. Боровик, О. К. Нетребенко, А. А. Семенова // Педиатрия. – 2011. - Т. 90, - №3. - 91-99 с.
7. Григорьева, И. Иммунопатология и биохимические основы терапии атопических состояний [Текст] / И. Григорьева, А. Сергеев, И. Манина // Врач. – 2012. - №4. – 86-91 с.
8. Завадский В. Атопический дерматит [Текст] / В. Завадский // Медицинская газета. – 2012. - №22. – 9 с.
9. Зайцева О. Острые респираторные инфекции у детей с аллергией [Текст] / О. Зайцева // Врач. – 2011. - №1. – 18-21 с.
10. Знаменская, Л.Ф. Эффективность применения наружных средств косметической линии эмолиум в комплексной терапии детей, больных атопическим дерматитом [Текст] / Л. Ф. Знаменская, Л.В. Текучева // Педиатрия. – 2011. - Т. 90. - №3. – 110-114 с.
11. HLA-ассоциации при тяжелом течении атопического дерматита и атопической бронхиальной астмы у детей / [Я. Ю. Иллек, Г. А. Зайцева, А. В. Галанина и др.]. – М. : Фундаментальные исследования. – 2009. – 5. - 19–21 с.
12. Колхир П.В. Доказательная аллергология-иммунология [Текст] / П. В. Колхир. – М. : Практическая медицина, 2010. – 528 с.
13. Макарова С.Г. Обоснование и оценка эффективности диетотерапии при пищевой аллергии у детей в различные возрастные периоды [Текст]: автореф. дис. … докт. мед. наук: 14.00.36 / С. Г. Макарова. - М., 2008.
14. Принципы терапии детей, больных атопическим дерматитом, осложненным вторичной инфекцией / [Т. Г. Маланичева, Л. А. Хаертдинова, С. Н. Денисова и др]. - Казань: изд-во Каз. гос. мед. ун-та, 2007. - 28 с.
15. Мачарадзе Д.Ш. Атопический дерматит у детей [Текст] / Д. Ш. Мачарадзе. - М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2007. - 376 с.

16. Мачарадзе Д.Ш. Распространенность атопических заболеваний среди детей в г. Москве (по данным I и III фаз исследования по программе ISAAC) [Текст] / Д. Ш. Мачарадзе // Рос.аллергол.журн. – 2005. – 5. - 59–63 с.
17. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни [Текст] / М.: Союз педиатров России, 2010.
18. Пищевая аллергия у детей [Текст] / М.: Династия, 2010. - 190 с.
19. Полосьянц О.Б. Обзор антигистаминных средств первого и второго поколений, рациональный подход к использованию в клинической практике [Текст] / О. Б. Полосьянц // Лечащий врач. – 2001. – 7 с.
20. Результаты национального многоцентрового клинико-эпидемиологического исследования атопического дерматита у детей / [В. А. Ревякина, Л. М. Огородова, И. А. Деев и др.]. Аллергология, 2006. - 1: 3 – 9 с.
21. Ревякина, В.А. Профилактика пищевой аллергии [Текст]: в кн. : Пищевая аллергия у детей / В. А. Ревякина, И. И. Балаболкин. - М.: Династия, 2010. - 169–179 с.
22. Атопический дерматит: гетерогенность клинических форм и разнообразие механизмов патогенеза / [Ю. В. Сергеев, Д. К. Новиков, А. В. Караулов и др.]. - Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2001. - №3. – 61-73 с.
23. Фокина, Р.А. Влияние факторов риска на течение атопического дерматита у детей в условиях Якутии [Текст] / Фокина Р.А., Захарова Ф.А. // Дальневосточный мед. журнал. – 2009. – 2. - 81–83 с.
24. Ardis C., Ardis M., Bieber T., et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology / American Academy of Allergy, Asthma and Immunology / PRACTALL Consensus Report. Allergy Clin. Immunol. 2006; 118: 152-169.
25. Arikawa J. Decreased levels of sphingosine, a natural antimicrobial agent, may be associated with vulnerability of the stratum corneum from patients with atopic dermatitis to colonization by Staphylococcus aureus // J Invest Dermatol., 2002. — Vol. 119 (2). — P. 433-439.
26. Bieber T. Atopic dermatitis. N. Engl. J. Med. 2008, 358: 1483-1494.
27. Kedzierska A., Kapińska-Mrowiecka M., Czubak-Macugowska M. et al. Susceptibility testing and resistance phenotype detection in Staphylococcus aureus strains isolated from patients with atopic dermatitis, with apparent and recurrent skin colonization // Br J Dermatol., 2008. — Vol. 159 (6). — P. 1290—1299.
28. Management of atopic eczema in primary care. A national clinical guideline. March 2011.
29. Noh G., Lee J. Revision of immunopathogenesis and laboratory interpretation for food allergy in atopic dermatitis // Inflamm. Allergy Drug. Targets. – 2012, 11 (1): 20-35.
30. Prescott S, Allen KJ. Food allergy: riding the second wave of the allergic epidemic. Pediatric allergy and immunology. 2011; 22: 155–160.
31. Prescott S. The influence of early environment exposures.
32. Renz H, Conrad M, Brand R. Allergic diseases, geneenvironment interactions. Allergy. 2011; 66 (Suppl. 95) (7): 10–12.

Sulaymanov Sh., Anarbaev A.A., Nurueva Z.A., Nurgaziyeva S.M.
Osh interregional united clinical hospital, Osh Interregional Children's Hospital,
Osh State University, Osh

ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN: RISK FACTORS AND EPIDEMIOLOGY

Summary: *The results of clinical and diagnostic evaluation of children with atopic dermatitis (AD) living in the south of the Kyrgyz Republic were presented. A high-level family history established in surveyed children, elevated total IgE in serum and comorbidity. The prevalence of AD was given by standardized epidemiological study on criteria of ISAAC. 4235 schoolchildren were examined. AD was detected in 5.25% of children.*

Key words: *children, atopic dermatitis, risk factors, prevalence.*

ТЕРАПИЯ

УДК: 616-002.78

[1]Абдурашитова Д.И., [1]Мамасаидов А.Т.,
[2]Сакибаев К.Ш., [2]Исманов К.М.,
[1]Ахматахунова Н.А., [2]Баймырзаева Г.О.,
[1]Ошский государственный университет,
[2]Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г. Ош

ПОДАГРА И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Цель: *Определить частоту выявления метаболического синдрома у больных подагрой, изучение его проявлений в зависимости от характера поражения почек.*
Материал и методы: *Обследовано 54 больных подагрой, диагностированной на основании классификационных критериев S.L. Wallace, рекомендованных ARA (2001) и Европейской лиги ревматологов (2006). Клинически метаболический синдром (МС) диагностировался на основании рабочих критериев Национального института США.*
Выводы:

1. *Подагра – заболевание, ассоциированное с нарушением жирового и углеводного обмена.*
2. *Всем больным с подагрой необходим контроль АД, уровня липидов и углеводов для раннего выявления метаболического синдрома.*
3. *Наличие метаболического синдрома у больных подагрой достоверно ухудшает функциональную способность почек.*

Максаты: *Подагра менен жабыркаган бейтаптарда метаболикалык синромунун кездешүүсүн аныктоо, анын бөйрөктүн жабыркоо түрлөрүнө жараша өзгөрүүсүн изилдөө.*
Материалдар жана ыкмалар: *Дартаныктоонун классификациялык критерийлери S. L. Wallace, ARA (2001) жана ревматологдордун Европалык лигасы (2000) тарабынан негизделген подагра дарты менен сыркоологон 54 бейтап изилдөөгө алынган. Метаболикалык синдром АКШнын Улуттук институтунун баалоо критерийлеринин негизинде клиникалык тастыкталган.*
Жыйынтыктар:

1) *Подагра - бул майлардын жана углеводдордун зат алмашуусун бузулуусу коштолуп өрчүгөн дарт.*
2) *Подагра менен жабыркаган бардык бейтаптарда метаболикалык синдромду эрте аныктоо максатында кан басымын, липид жана углеводдорду текшерип туруу зарыл.*
3) *Подагра менен жабыркаган бейтаптарда метаболикалык синдромдун болушу бөйрөктүн функционалдык жөндөмдүүлүгүн айкын төмөндөтөт.*

Подагра - системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных органах и тканях и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами [1]. 6

Согласно современным эпидемиологическим данным, заболеваемость подагрой значительно возросла, что может быть связано с высокой распространенностью гиперурикемии (ГУ), в результате изменений диетических пристрастий, образа жизни, медицинского обслуживания [2-4].

С другой стороны, большой интерес представляет изучение связи подагры с такой патологией как артериальная гипертензия, сахарный диабет II типа, ишемическая болезнь сердца, хроническая почечная недостаточность, метаболический синдром [5-7].

Впервые гипотеза связи уровня мочевой кислоты (МК) с сердечно-сосудистыми заболеваниями обсуждалась в «Британском медицинском журнале» еще в 1886 г. В настоящее время по результатам многочисленных исследований ГУ может реально рассматриваться как независимый фактор риска кардиоваскулярных осложнений, она напрямую связана с другими метаболическими факторами риска и выступает значимой составляющей МС.

Накоплены многочисленные данные о высокой распространенности коморбидной патологии среди больных подагрическим артритом, в частности показана высокая заболеваемость артериальной гипертензией (20%-40%), ишемической болезнью сердца (60%), инсультом, атеросклеротическим поражением сонных артерий, сосудистой деменцией [8-10].

Однако, до сих пор остается спорным вопрос о роли ГУ в формировании данной патологии у пациентов с подагрой. Так, неоспоримы данные о вкладе гипертензии и почечной недостаточности в течение подагрического артрита. При этом ГУ, согласно ряду исследований может самостоятельно влиять на патогенез сопутствующих состояний [11-12].

Ключевым моментом в понимании данной взаимосвязи стало осознание подагры как метаболического заболевания, при котором развивается синдром инсулинорезистентности (ИР) и как следствие — МС. Практически все компоненты МС, а именно абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, нарушения углеводного и липидного обмена с высокой частотой выявляются при подагре [13]. При этом, среди больных подагрой описана высокая распространенность МС (> 60%), а синдром ИР практически на 35% чаще выявляется в данной группе пациентов. Интересно, что в ряде исследований показана тесная взаимосвязь ИР и ГУ, описаны механизмы, по средствам которых гиперинсулинемия и ИР могут увеличивать сывороточную концентрацию уратов. С другой стороны описаны механизмы, через которые ГУ как при наличии подагры, так и без неё может потенцировать артериальную гипертензию, повышение триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов низкой плотности, снижение холестерина липопротеидов высокой плотности [14].

Наконец, в последнее десятилетие активно изучается вклад субклинического воспаления («low grade»), развивающегося при подагре, и отдельных воспалительных цитокинов в патогенез ИР и МС, а следовательно, их влияние на суммарный риск сердечно - сосудистой патологии у данной группы больных. Так, в ряде эпидемиологических и оригинальных исследований была продемонстрирована роль высокочувствительного С - реактивного белка (вч-СРБ), интерлейкина - 6, интерлейкина - 1В, фактора некроза опухоли - α в развитии синдрома ИР и увеличении риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) за счет ускорения процессов атерогенеза у пациентов с ГУ и латентным воспалением [15].

Суммируя вышеизложенные факты, можно говорить о «порочном круге», приводящем к росту сердечно - сосудистых заболеваний у пациентов с подагрой и метаболическим синдромом, что кажется весьма актуальным в свете высокой распространенности данных заболеваний среди причин смерти.

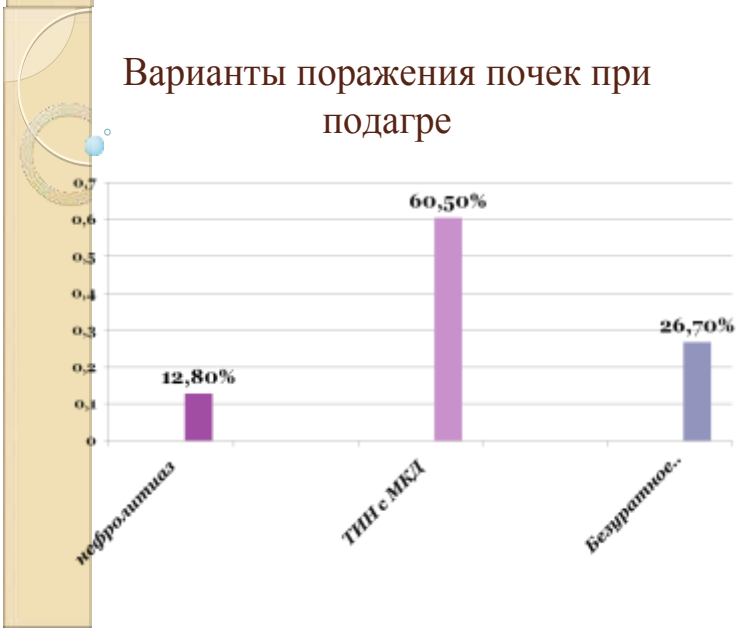
Кроме того, нельзя пренебрегать и тем фактом, что «порочный круг» между ИР, отдельными метаболическими нарушениями и активностью медиаторов воспаления у пациентов с подагрой в сочетании с МС не может не оказывать влияния на характер суставного синдрома и тяжесть течения заболевания. Исследования, связанные с изучением роли синдрома ИР и МС в течении суставного синдрома при подагре, весьма не многочисленны. Так, в одном исследовании показана роль АГ и ожирения в более раннем дебюте подагры и оценен вклад ИР в тяжесть суставного синдрома у больных подагрой [16-17]. В другом небольшом исследовании показана корреляционная связь между уровнем вч - СРБ и значением суммарного риска ССЗ с тяжестью течения подагры

[18]. На наш взгляд, дальнейшее изучение этой проблемы является крайне актуальным, особенно в свете новых данных о возможностях терапии подагры.

Цель: Определить частоту выявления метаболического синдрома у больных подагрой, изучение его проявлений в зависимости от характера поражения почек.

Материал и методы: Обследовано 54 больных подагрой, диагностированной на основании классификационных критериев S.L. Wallace, рекомендованных ARA (2001) и Европейской лиги ревматологов (2006). Клинически метаболический синдром (МС) диагностировался на основании рабочих критериев Национального института США.

Соотношение мужчин к женщинам – 6,27:1. Средний возраст мужчин составил 56,0±0,88 лет (от 28 до 73 лет), женщин – 60,37±1,53 (от 47 до 72 лет). Длительность болезни составила 9,97±0,61 лет с колебаниями от 1,5 месяцев до 40 лет. Распределение больных по возрастным группам составило: до 40 лет – 9,2 %, от 40 до 50 лет – 18,3 %, от 50 до 60 лет – 28,0 %, от 60 до 70 лет – 31,6 %, старше 70 лет – 12,9 %. При обследовании почек у больных подагрой были выявлены следующие варианты их поражения: нефролитиаз был диагностирован у 12,8 %, ТИН с МКД - у 60,5 %, безуратное - у 26.7 %. Дебют заболевания начался с поражения: I плюсне-фалангового пальца стопы у 50,7 % больных, голеностопных суставов у 21,8 %, коленных у 15,5 %, мелких суставов плюсны у 7,8 %, лучезапястных суставов у 4,2 % обследованных.

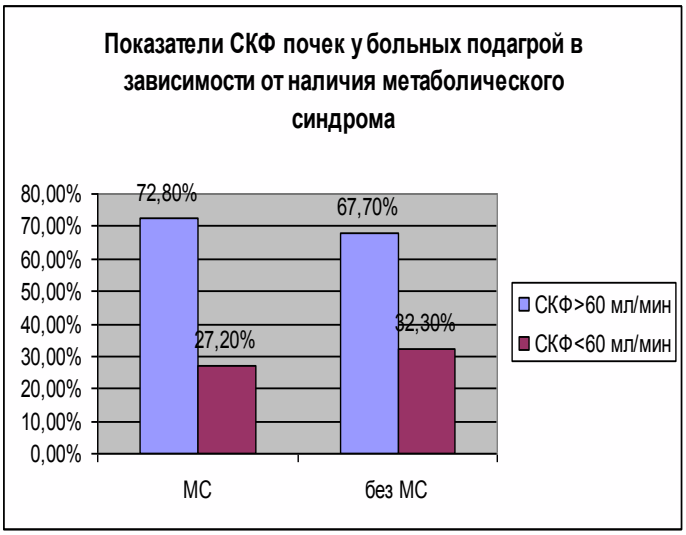


МС установлен у 31 (57,4%) обследованных больных подагрой.

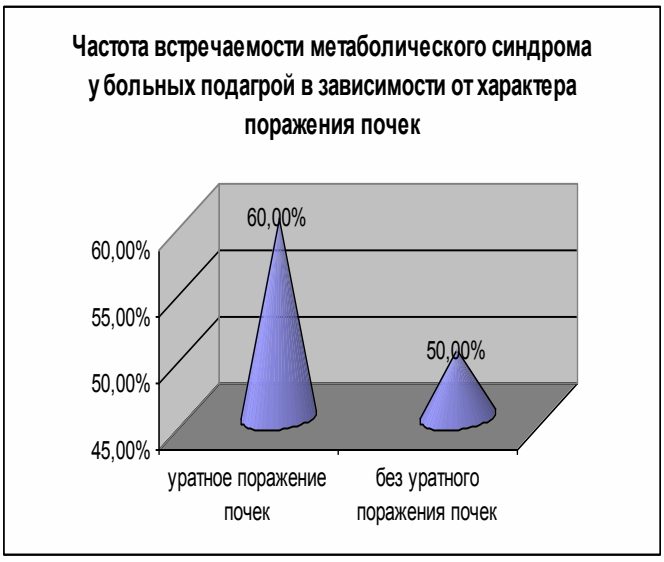
Частота выявления компонентов метаболического синдрома у больных подагрой:

Компонент	Показатель n (%)
Окружность талии более 102 см у мужчин более 88 см у женщин	 22 (40,7) 8 (88,9)
САД более 135 мм рт.ст. и/или ДАД более 85 мм рт.ст.	49 (90,7)
Триглицериды крови более 1,7 ммоль/л	20 (37,0)
Глюкоза крови > 6,1 ммоль/л	25 (46,3)
Снижение ЛПВП менее 1 ммоль/л у мужчин менее 1,3 - у женщин	18 (33,3)

Определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) является одним из важных показателей функции почек. Снижение СКФ ниже 60 мл/мин выявлено у 28,4 % больных подагрой.



При уратном поражении почек частота МС составила 60 %, при безуратном поражении – 50 %.



Заключение. Подагра с давних времен воспринимается как «болезнь изобилия» [19, 20]. В свете современных представлений о заболевании это определение полностью отражает суть комплекса метаболических нарушений, сопровождающих нарушения обмена МК. Поэтому стратегия ведения пациента должна включать в себя скрининг и коррекцию пуринового, липидного и углеводного (в ряде случаев) обмена, предотвращение развития кардиоваскулярных осложнений. Из этого вытекает, что обследование по поводу подагры должно включать не только традиционные методы: определение уровня МК в сыворотке крови; определение суточного выделения МК; анализ синовиальной жидкости; поиск типичных рентгенологических признаков. У таких пациентов необходимо также оценивать ИМТ; отношение окружности талии к окружности бедер; данные АД; липидограмму; гликемию натощак.

Выводы:

1. Подагра – заболевание, ассоциированное с нарушением жирового и углеводного обмена.
2. Всем больным с подагрой необходим контроль АД, уровня липидов и углеводов для раннего выявления метаболического синдрома.
3. Наличие метаболического синдрома у больных подагрой достоверно ухудшает функциональную способность почек.

Литература:

1. Насонова, Е.Л. Ревматология: национальное руководство/ Е.Л. Насонова, В.А. Насонова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. — С. 372—380.
2. Fam A.G. Gout, diet, and the insulin resistance syndrome // J. Rheum. -2002. V. 29. - № 7. - P. 1350-1355.
3. Masuo K., Kawaguchi H., Mikami H. et al. Serum uric acid and plasma norepinephrine concentrations predict subsequent weight gain and blood pressure elevation // Hypertension. 2003. - V. 42. - P. 474-480.
4. Terkeltaub R. Colchicine update: 2008. Semin Arthr. Rheum. 2009. - V. 38. -№ 6. -P. 411-419.
5. Бутрова С. А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению // РМЖ. 2001. - Т. 9. - № 2. - С. 56-60.
6. Донсков А.С., Балкаров И.М., Голубь Г.В. и др. Клиническое значение индекса массы тела и индекса талия/бедро у пациентов с артериальной гипертонией: связь с уровнем мочевой кислоты // Клин. мед. 2002. - Т. 80. -№ 1.-С. 31-34.
7. Saag K.G., Choi H. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout // Arthr. Res. Ther. 2006. - V. 8. - P. 2-7.
8. Барскова В. Г. Насонова В.А. Современная дефиниция подагры // Клинич. геронт. 2005. - Т. 11. - № 4. - С. 3-6.
9. Комаров Ф.И., Сагинова Е.А. Влияние подагры на общую смертность и риск коронарной болезни сердца // Клин. мед. — 2008. — Т. 86. № 4. - С. 78.
10. Chao J., Terkeltaub R. A critical reappraisal of allopurinol dosing, safety, and efficacy for hyperuricemia in gout // Curr. Rheum. Rep. — 2009. V. 11. - № 2.-P. 135-140.
11. Perez-Ruiz F., Atxotegi J., Hernando I.A. et al. Using serum urate levels to determine the period free of gouty symptoms after withdrawal of long-term urate -lowering therapy: A prospective study // Arthr. Rheum. — 2006. V. 55. - № 5. -P. 786-790.
12. Pillinger M.H., Keenan R.T. Update on the Management of hyperuricemia and Gout // Bull. NYU. Hosp. Joint Dis. 2008. - V. 66. - № 3. - P. 231-240.
13. Nuki G., Simkin P. A concise history of gout and hyperuricemia and their treatment // Arth. Res. Ther. 2006. - V. 8. - № 1. - P. 1-5.
14. Дороднева Е.Ф., Пугачева Т.А., Медведева И.В. и др. Метаболический синдром // Тер. арх. 2002. - Т. 74 - № 10. - С. 7-12.
15. Ильиных Е.В., Барскова В.Г., Александрова Е.Н. и др. С реактивный белок при подагрическом артрите; связь с кардиоваскулярной патологией // Научно-практ. ревматол. — 2005. - № 6. - С. 33-37.
16. Барскова В.Г., Елисеев М.С., Насонов Е.Л. и др. Синдром инсулинорезистентности у больных подагрой и его влияние на формирование клинических особенностей болезни // Тер. арх. — 2004. Т. 76. - № 5. - С. 5156.
17. Елисеев М. С., Барскова В.Г., Насонова В.А. и др. Клиническое значение метаболического синдрома при подагре // Клинич. геронт. 2006. - Т. 12. - №2. - С. 29-33.
18. Ильина А.Е. Взаимосвязь между толщиной комплекса интима медиа, факторами риска развития сердечно - сосудистых заболеваний и уровнем С -реактивного белка у пациентов с подагрой // Тер. арх. - 2009. - Т. 81 - № 10. -С. 45-49.

19. Насонова В.А., Барскова В.Г. Болезнь изобилия // Наука и жизнь. — 2004. - №7. - С. 64-67.
20. Takahashi, S. Increased visceral fat accomulation further aggravates the risk of insulin resistance in gout / S. Takahashi, Y. Moriwaki, Z. Tsutsumi [et al.] //Metabolism. — 2001. — Vol. 50, issue 4. — P. 393—398.

GOUT AND METABOLIC SYNDROME

[1]Abdurashitova D.I., [1]Mamasaidov A.T., [2]Sakibaev K,SH., [2]Ismanov K.M., [1]Akhmatahunova N.A., [2]Baymirzaeva G.O.
[1]Osh State University, [2]Osh interregional united clinical hospital, Osh

Objective: *To determine the frequency of detection of the metabolic syndrome in patients with gout , to study of its manifestations , depending on the nature of renal disease .*
Material and methods : *examined 54 patients with gout , diagnosed on the basis of the classification criteria SL Wallace, recommended by Ara (2001) and the European League of Rheumatology (2006). Clinically, the metabolic syndrome (MS) diagnosed on the basis of performance criteria of the National Institute of the United States.*
Conclusions :
1. Gout - a disease associated with impaired lipid and carbohydrate metabolism .
2. All patients with gout requires monitoring of blood pressure, lipids and carbohydrates for the early detection of metabolic syndrome .
3. The presence of the metabolic syndrome in patients with gout significantly impairs the functional ability of the kidneys .

УДК: 616.15

Айсариева Б.К., Ошская межобластная объединенная клиническая больница

АКТИВНЫЕ ФОРМЫ КИСЛОРОДА: ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ И РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Обзор посвящён обсуждению физиологического значения активных форм кислорода (АФК) и их роли в патогенезе заболеваний. Рассматриваются механизмы продукции АФК в клетке, их взаимодействие с клеточными макромолекулами, пути АФК-индуцированной клеточной смерти, механизмы защиты от АФК-индуцированного повреждения, а также ключевые биологические и патологические процессы, в которых АФК играют важную роль.

Ключевые слова: *АФК, свободные радикалы, генерация, физиологическая роль, повреждение биомолекул, защита от АФК.*

Сереп - кислороддун активдуу формаларынын (КАФ) физилогиялык маниси жана алардын оорулардын келип чыгуусундагы ордун талкулоого арналган. Клеткадагы КАФнын иштеп чыгуу механизми, алардын клеткалык макромолекулалар менен байланышы, КАФнын клетканы тез жабыркатышы, жана алардан сактоо механизми, биологиялык жана патологиялык процесстердеги КАФнын активдуу орду каралат. ***Негизги сөздөр****: КАФ, эркин радикалдар, генерация, физиологиялык орду, биомолекулалардын жабыркашы, КАФнан коргоо.*

Введение

В процессе эволюции живые организмы выработали способность утилизировать молекулярный кислород, чтобы получать энергию. Данный аэробный путь получения энергии имел значительное преимущество над анаэробным. Однако присутствие кислорода внутри клетки позволяло кислородным радикалам разрушать жизненно важные

биомолекулы. Первооткрыватель кислорода Пристли и первооткрыватель оксидативного процесса Лавуазье хорошо понимали двойственную роль кислорода – как созидателя и разрушителя жизни. Они не раз писали о токсичности кислорода (1). И лишь в 1959 году Ребекко Гершману удалось раскрыть молекулярные механизмы токсичности кислорода (2). Он впервые, на основе уже имеющихся в литературе данных и собственных экспериментальных разработок показал, что токсичность кислорода обусловлена генерацией **активных форм кислорода (АФК),** которые получили также название **свободных радикалов.**

АФК – свободные радикалы

Свободные радикалы – это какие-либо атомы или группы атомов, которые имеют на своей внешней орбите хотя бы один неспаренный электрон. АФК широко представлены в организме и включают пероксиды водорода и липидные пероксиды с неспаренным электроном, супероксид ($\cdot O_2^-$), гидроксил ($\cdot OH$), пероксил ($ROO\cdot$), алкоксил ($RO\cdot$) радикалы, радикалы окиси азота ($\cdot NO$), диоксида азота ($\cdot NO_2$), пероксинитрит ($\cdot ONOO^-$), озон (O_3) и, возможно, синглетный кислород. Хотя пероксид водорода и липидный пероксид не являются свободными радикалами, они действуют как источник для формирования высоко реактивных $\cdot OH$, $ROO\cdot$, и $RO\cdot$ радикалов.

Генерация АФК

Генерация АФК в клетках может происходить либо по необходимости, либо случайно. АФК генерируются клетками по необходимости в определённых обстоятельствах, потому что они не только причиняют вред организму, но и являются полезными. Например, генерацию АФК активированными фагоцитами можно рассматривать как часть их бактерицидной функции. В нормальных обстоятельствах, однако, главным источником АФК в клетке является утечка электрона из цепи транспорта электрона в митохондрии и эндоплазматическом ретикулуме (3,4).

Повреждение биомолекул

АФК являются оксидантами и высокотоксичны для всех типов биологических молекул, включая ДНК, липиды, белок и углеводы. Следовательно, АФК могут быть вовлечены в такие процессы как мутагенез, карциногенез, повреждение мембран, липидная пероксидация (5). Установлено, что большинство из этих процессов опосредуется через гидроксильные радикалы ($\cdot OH$).

Липиды. Из всех биомолекул липиды наиболее чувствительны к повреждающему эффекту АФК. Оксидативное разрушение липидов, в частности, полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК), которые в изобилии присутствуют в клеточной мембране, инициирует автокаталитическую цепную реакцию (6). Такой реакции содействуют переходные металлы, приводя к генерации липидных пероксил ($ROO\cdot$) и липидных алкоксил ($RO\cdot$) радикалов. Благодаря довольно длительному периоду полужизни, АФК, генерированные при липидном окислении, могут вызывать повреждения не только там, где произошло их формирование, но и в других местах.

ДНК. Генетический материал в живых организмах является потенциально ранимым к повреждающему эффекту АФК. ДНК-повреждение при оксидативном стрессе хорошо документировано (7). Мишенью для атаки АФК могут быть либо молекула сахара, либо азотистое основание ДНК, что приводит к фрагментации молекулы сахара или потере азотистого основания, вызывая разрыв нити (7). Такое повреждение может накапливаться в течение определённого периода времени, даже в присутствии эффективных репаративных механизмов, приводя к мутации и последующему развитию рака (8). Ультрафиолетовая радиация и различные противоопухолевые препараты, которые, как известно, оказывают своё физиологическое действие частично путём образования АФК, также формируют разрыв одной нити (9). Экзогенный пероксид водорода является потенциальным индуктором разрыва нити ДНК и в присутствии L-гистидина индуцирует разрыв сразу двух нитей ДНК in vitro.

Белок. Случайная атака АФК на белки, если она не массированная, не может привести к большому повреждению (в отличие от ситуации с липидами и ДНК), а способствует лишь накоплению повреждений в определённых местах. Например, это может происходить в местах связывания остатка гистидина с переходным металлом. Такое связывание генерирует ·OH радикалы, что приводит к сайт-специфическому повреждению (10). Окисление белка вызывает раскалывание пептидной связи, формирование перекрёстной связи белок-белок с образованием пероксидов и карбонилов. Следовательно, измерение карбонилов является полезным индикатором оксидативного повреждения белков (11). Результаты многочисленных исследований дают основание полагать, что АФК-опосредованные модификации белков ответственны за некоторые изменения в функциональной активности организма, связанные с процессом старения (12).

Защита против АФК

Наличие неспаренного электрона ($\cdot O_2^-$ и ·OH) или способность извлекать электроны из других молекул (H_2O_2, HOCl) делают АФК высокореактивными и способными разрушать клеточные структуры и молекулы (13). Следовательно, первоначальные формы жизни были просто вынуждены выработать соответствующую систему защиты, чтобы нейтрализовать нежелательные и токсические эффекты АФК (14). Например, Т-клетка, подвергнутая атаке АФК во время фазы активации макрофага, продуцирует каталазу и, таким образом, индуцирует экспрессию супероксид дисмутазы в Т-клетке. Если такое антиоксидантное повышение сигналов будет отсутствовать, антигенная активация макрофага может привести к апоптозу Т-клетки (14).

АФК-индуцированный апоптоз

Апоптоз – генетически программированный механизм клеточной смерти, который приводит к характерным морфологическим изменениям, включая конденсацию и фрагментацию ядра, уплотнение клеточной мембраны и вакуолизацию цитоплазмы (15). Установлено, что различные химические или физические воздействия, например, такие как ионизирующая и ультрафиолетовая радиация, которые индуцируют апоптоз, сопровождаются оксидативным стрессом – значительным повышением внутриклеточной генерации АФК (16). На этой основе была выдвинута гипотеза о том, что АФК могут быть медиаторами клеточной смерти. В пользу данной гипотезы говорят следующие факты: 1) добавление АФК или истощение эндогенного антиоксиданта индуцируют апоптоз; 2) апоптоз можно иногда блокировать добавлением соединений с антиоксидантными свойствами; 3) при апоптозе уровень внутриклеточного АФК всегда повышен (17).

Результаты исследований свидетельствуют, что АФК играют важную роль в активации процесса апоптоза (14). Например, низкие дозы H_2O_2 индуцируют апоптоз различных клеток, а высокие дозы этого оксиданта индуцируют некроз (18). Данное наблюдение хорошо согласуется с предположением, что вид клеточной смерти детерминирует тяжесть развившегося инсульта (14).

Наиболее убедительной генетической демонстрацией роли АФК в клеточной смерти является семейный боковой амиотрофический склероз – болезнь, при которой потеря моторных нейронов обусловлена свободными радикалами в результате мутации гена SOD1, кодирующего фермент супероксиддисмутазу (19). В нескольких исследованиях показано, что оксидативная стресс-индуцированная клеточная смерть ответственна за истощение запасов СД4+ Т-клеток у пациентом со СПИДом (14). Полагают, что АФК-медиированное повреждение ДНК индуцирует апоптоз через активацию поли-АДФ-рибоза трансферазу и аккумуляцию p53, которые ассоциированы с апоптозом (20). К индукции апоптоза может привести также дополнительное образование окисленных липидов в мембранах клетки (21). Не исключается и возможность того, что внутриклеточные АФК могут вызвать активацию генов, ответственных за апоптоз (22).

АФК в норме и при патологии
Физиологическая роль АФК.

Было бы просто удивительным, если живые организмы в процессе эволюции не выработали определённые механизмы, чтобы использовать эти, довольно вредоносные, радикалы с пользой для своих физиологических потребностей. И они сделали это.

В иммунной защите. Фагоцитарные клетки убивают бактерии, используя механизм, известный как «респираторный взрыв», который проявляется резким повышением их метаболической активности. Например, потребление O_2 полиморфноядерными лейкоцитами возрастает примерно в 100 раз. Это приводит к генерации АФК, которые разрушительно действуют на клеточную мембрану захваченного лейкоцитами микроорганизма. Миелопероксидаза нейтрофилов генерирует также бактерицидные вещества, такие как гипохлорная кислота (HOCl). Кроме того, мононуклеарные фагоциты (макрофаги) в период активации генерируют окись азота (·NO) из L-аргинина при помощи синтазы окиси азота (NOS). Цитотоксические эффекты ·NO являются важной защитой против паразитических грибков, простейших, гельминтов и микобактерий . Будучи потенциальным вазодилататором, ·NO замедляет циркуляцию, тем самым помогая фагоцитарным клеткам, антителам и другим факторам осуществлять эффективный иммунный ответ в местах внедрения чужеродного патогена. Это способствует развитию таких основных местных симптомов воспаления как повышение температуры, покраснение и набухание .

В репродукции. Участие АФК в процессе репродукции заключается в том, что сперматозоид продуцирует АФК для своего дозревания и мембранного слияния с ооцитом . Однако если АФК генерируется в избыточном количестве или имеется дефицит антиоксидантной защиты, то в этих случаях может развиться мужское бесплодие – сперматозоиды становятся либо дефективными, либо погибают .

В сигнальной трансдукции. Накапливается всё больше данных, свидетельствующих о том, что АФК играют значительную роль в регуляции внутриклеточных сигнальных путей, воздействуя на различные клеточные функции. По данным некоторых авторов АФК используются в качестве сигнальных мессенджеров в активации факторов транскрипции . Например, известно, что H_2O_2 индуцирует Ca^{2+} мобилизацию, модулируя, таким образом, внутриклеточный сигнальный путь (43). Пероксид водорода регулирует также экспрессию митоген-активируемой протеин киназы (MAPK) через активацию другой протеин киназы, регулируемой экстраклеточными сигналами (ERK2). Кроме того, H_2O_2 повышает экспрессию таких факторов транскрипции как c-jun, c-fos . Согласно Los et al. сигнал от CD28 при стимуляции рецептора Т-клетки передаётся последовательно белку тирозин киназе (PTK), 5-липо-оксигеназе, АФК и NF-kB, вызывая продукцию интерлейкина-2 (IL-2).

АФК в процессах биологического старения. Всё больше данных свидетельствуют о том, что АФК принимают участие в процессах биологического старения. Следующие наблюдения свидетельствуют о вовлечении АФК в процессы старения:

1. Повреждение митохондриальной функции, такой как изменение свойств мембраны, повреждение митохондриальной ДНК, особенно в области кодирования субъединицы NADH дегидрогеназы.
2. Повышение интенсивности липидной пероксидации.
3. Накопление окисленных продуктов клеточного белка и ДНК, их обнаружение в жидкостях тела.
4. Изменение уровня антиоксидантной защиты в сторону снижения.

Все эти факторы снижают функциональную эффективность клетки, приводя, в конечном итоге, к старению .

АФК при патологии.

АФК вовлечены в патогенез различных болезненных состояний, некоторые из них обсуждаются ниже.

Ишемическое/реперфузионное повреждение. АФК вовлечены в повреждение ткани после ишемии и реперфузии сердца, лёгких, мозга и почки, приводя к немедленной и/или программируемой клеточной смерти . Дефицит кислорода, обусловленный ишемией, приводит к падению внутриклеточного содержания АТФ, вызывая расстройство в работе ионных каналов мембраны. В результате увеличивается поступление Ca^{2+} в клетку и происходит активация клеточных энзимов, таких как протеазы и фосфолипазы. Это способствует конверсии ксантин дегидрогеназы в ксантин оксидазу, что приводит к генерации АФК при реперфузии . С другой стороны, фосфолипаза, путём освобождения свободных жирных кислот, повышает продукцию свободных радикалов. Показано, что падение уровня АТФ и внутриклеточной оксидативной среды вызывает перенос Bax, проапоптотического фактора, из цитозоля к митохондриям, где он индуцирует высвобождение цитохрома С. При реоксигенации, в присутствии АТФ, цитохром С стимулирует активацию эффекторных каспаз, что ведёт к клеточной смерти . Показано, что хелирование железа обеспечивает протекцию против повреждения ткани после ишемии/реперфузии, подтверждая роль АФК вообще и ·OH радикала, в частности, в этих условиях .

Болезнь Паркинсона. Результаты исследований, выполненных на аутопсийном материале и экспериментальных животных показывают, что уровень липидных пероксидов повышен в ткани головного мозга больных, свидетельствуя, что именно окислительный стресс связан с нейрональной потерей при болезни Паркинсона. О роли АФК в патогенезе болезни Паркинсона свидетельствуют также сообщения о возрастании в ткани мозга больных содержания железа .

Болезнь Альцгеймера. На основе результатов многочисленных исследований учёные пришли к консенсусу о том, что оксидативный стресс может играть важную роль в развитии болезни Альцгеймера. Сегодняшняя модель участия АФК в патогенезе данной болезни предполагает, что во время продукции амилоидных бляшек формируются АФК, которые в дальнейшем усиливают повреждение нейронов. Сообщалось также о других источниках АФК в головном мозге больных болезнью Альцгеймера .

Другие заболевания. АФК, по данным исследований, вовлечены в патогенез шока, обусловленного эпизодом гипоперфузия/реперфузия .

Предполагается также роль АФК в патогенезе множественного склероза , идиопатической тромбоцитопенической пурпуры , апластической анемии , различных болезней лёгких , химического поражения печени и заболеваний у недоношенных детей .

АФК в терапии рака. Свойство АФК индуцировать повреждение клеток натолкнуло учёных на мысль использовать его в лечении рака. В настоящее время многие химиотерапевтические агенты, включая цисплатин, доксорубицин, адриамицин, блеомицин, митомицин С и ионизирующая радиация, как известно, индуцируют клеточную смерть через генерацию АФК . Фотодинамическая терапия, выполненная фотосенсибилизатором и источником света, также действует посредством генерации АФК

.Заключение

Полагают, что внутриклеточное редокс состояние регулирует клеточный рост и функцию через модуляцию сигнальных путей. Факторы транскрипции, такие как API, NF-kB и гены супрессора опухоли (p53) находятся под редокс контролем. Под редокс контролем находится также один из самых ранних сигнальных элементов – протеин тирозин киназа. Когда генерация АФК происходит в пределах лимитов буферной способности клетки, то они, т.е. свободные радикалы, не только не вредят, но и даже помогают сохранять надлежащую внутриклеточную редокс среду. При излишней же генерации, АФК вызывают клеточную смерть или различные патологические процессы.

Например, умеренные физические упражнения повышают генерацию АФК, однако это повышение не причиняет вред, так как компенсируется выработкой достаточного количества антиоксидантных ферментов. С другой стороны, напряжённые упражнения также повышают генерацию АФК, однако при этом компенсаторное повышение уровня антиоксидантной защиты бывает недостаточным, что приводит к повреждению ткани. Таким образом, **балансирующий механизм** детерминирует роль АФК в клетке. Другими словами, в организме происходит постоянная борьба между про- и антиоксидантами и от исхода этой борьбы зависит, в какую сторону качнётся **маятник жизни** – в сторону здоровья или, напротив, в сторону патологии.

Литература:

1. Gilbert D.L. Perspective on the history of oxygen and life. In: Gilbert D.L. (ed). Oxygen and living processes: An interdisciplinary approach. Berlin:Springer-Verlag, 1981:1-43.
2. Gerschman R. Oxygen effects in biological systems. Symp. Spec. Lect., XXI Int. Congr. Physiol. Soc. 1959:222-226.
3. Forman H.J., Boveris A. Superoxide radical and hydrogen peroxide in mitochondria. In: Pryor W.A. (ed). Free radicals in biology. Vol. 5. New York: Academic Press, 1982:65-90.
4. Cross A.R., James O.T.G. Enzymic mechanisms of superoxide production. Biochem. Biophys. Acta 1991; 1057:281-288.
5. Seis H. Strategies of antioxidant defense. Eur. J. Biochem 1993; 215:213-219.
6. Cheeseman K.H., Slater T.F. An introduction to free radical biochemictry. Br. Med. Bull. 1993; 49:481-493.
7. Imlay J.A., Linn S. DNA damage and oxygen radical toxicity. Science 1988; 240:1302-1309.
8. de Mello Filho A.C., Meneghini R. Protection of mammalian cells by o-phenanthroline from lethal and DNA-damaging effects produced by active oxygen species. Biochem. Biophys. Acta 1985; 847:82-89.
9. Dugue B., Meunier B. How can iron salts mediate the degradation of nucleotides by elliptinium acetate via free-radicals? Biochem. Biophys. Res. Commun. 1985; 133:15-22.
10. Marx G., Chevion M. Site-specific modification of albumin by free radicals: Reaction with copper (II) and ascorbate. Biochem. J. 1986; 236:397-400.
11. Simpson J.A., Narita S., Gieseg S. et al. Long-lived reactive species on free-radical-damaged proteins. Biochem. J. 1992; 282:621-624.
12. Smith C.D., Carney J.M., Starke-Reed P.E. et al. Excess brain protein oxidation and enzyme dysfunction in normal aging and in Alzheimer disease. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1991; 88:10540-10543.
13. Halliwell B., Gutteridge J.M. Role of free radicals and catalytic metal ions in human disease: An overview. Methods Enzymol. 1990; 186:1-85.
14. Almeida M., Han L., Ambrogini E. et al. Oxidative stress stimulates Apoptosis and activates NF-kB in Osteoblastic cells via a PKC^{β}/p66 signaling Cascade: Counter Regulation by Estrogens or Androgens. Molecular Endocrinology 2010; 24:2030-2037.
15. Kerr J.F.R., Wyllie A.H., Currie A.R. Apoptosis: A basic biological phenomenon with wide ranging implications in tissue kinetics. Br. J. Cancer 1972; 26:239-257.
16. Jacobson M.D. Reactive oxygen species and programmed cell death. Trends Biochem. Sci. 1996; 21:83-86.
17. Rhaese H.J., Freese E., Melzer M.S. Chemical analysis of DNA alterations. II. Alteration and liberation of bases of deoxynucleosides induced by hydrogen peroxide and hydroxylamine. Biochem. Biophys. Acta 1968; 155:491-504.
18. Lennon S.V., Martin S.J., Cotter T.G. Dose-dependent induction of apoptosis in human tumour cell lines by widely diverging stimuli. Cell Prolif. 1991; 24:203-214.

19. Rosen D.R., Siddique T., Patterson D. et al. Mutations in Cu/Zn superoxide dismutase gene are associated with familial amyotrophic lateral sclerosis. Nature 1993; 362:59-62.
20. Maltzman W., Czyzyc L. UV irradiation stimulates levels of p53 cellular tumour antigen in nontransformed mouse cells. Mol. Cell. Biol. 1984; 4:1689-1694.
21. Christ M., Luu B., Mejia J.E. et al. Apoptosis induced by oxysterols in murine lymphoma cells and in normal thymocytes. Immunology 1993; 78:455-460.
22. Dumont A., Hehner S.P., Hofmann T.G. et al. Hydrogen peroxide-induced apoptosis is CD95-independent, requires the release of mitochondria-derived reactive oxygen species and the activation of NF-kappa B. Oncogene 1999; 18:747-757.
23. Boveris A., Chance B. The mitochondrial generation of hydrogen peroxide. General properties and effect of hyperbaric oxygen. Biochem J. 1973; 134:707-716.
24. Polla B.S., Kantengwa S., Francois D. et al. Mitochondria are selective targets for the protective effects of heat shock against oxidative injury. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1996; 93:6458-6463.
25. Zamzami N., Marchetti P., Castedo M. et al. Inhibitors of permeability transition interfere with the disruption of the mitochondrial transmembrane potential during apoptosis. FEBS Lett. 1996; 384:53-57.
26. Zamzami N., Marchetti P., Castedo M. et al. Sequential reduction of mitochondrial transmembrane potential and generation of reactive oxygen species in early programmed cell death. J. Exp. Med. 1995; 182:367-377.
27. Schulze-Osthoff K., Krammer P.H., Droge W. Divergent signaling via APO-1/Fas and the TNF receptor, two homologous molecules involved in physiological cell death. EMBO J. 1994; 13:4587-4596.
28. Goossens V., De Vos K., Vercammen D. Redox regulation of TNF signaling. Biofactors 1999; 10:145-156.
29. Susin S.A., Lorenzo H.K., Zamzami N. et al. Molecular characterization of mitochondrial apoptosis-inducing factor. Nature 1999; 397:441-446.
30. Rich T., Watson C.J., Wyllie A. Apoptosis: The germs of death. Nature Cell Biol. 1999; 1:E69-E79.
31. Johnson T.M., Yu Z.X., Ferrans V.J. et al. Reactive oxygen species are downstream mediators of p53-dependent apoptosis. Proc. Natl. Acad. Sci. USA 1996; 93:11848-11852.
32. Polyak K., Xia Y., Zweier J.L. et al. A model for p53-induced apoptosis. Nature 1997; 389:300-305.

REACTIVE OXYGEN SPECIES: THE PHYSIOLOGIC SIGNIFICANCE AND ROLE IN PATHOGENESIS OF DISEASE

Aisarieva B.K.

The review is dedicated to discussion of physiologic significance of reactive oxygen species (ROS) and its role in pathogenesis of disease. The mechanisms of production of ROS in the cell, their interaction with cellular macromolecules, pathway of ROS-induced damage as well as the key biological and disease processes where ROS play an important role are considered.

Key words: *ROS, free radicals, generation, physiologic role, damage to biomolecules, defence against ROS.*

УДК:615.099.036.8

Аралбаева А. Р., Жапаров К. А., Таирова Ж.С.,
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

ПРЕДОТВРАТИМЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НАСЕЛЕНИЯ И ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Аннотация. *В данной статье представлены причины смертности населения и их медико-социальные аспекты, проведен углублённый анализ смертности населения в разрезе сельских районов, который установил значительные различия показателей, которые в определенной мере связаны с медико-организационными основами охраны здоровья сельских жителей, их образом жизни и трудовой деятельностью. Проведена типологизация районов с использованием метода кластерного анализа, выделены типологические группы (кластеры) в 5 сельских районах по уровню смертности от злокачественных новообразований, болезней системы кровообращения, органов дыхания и внешних причин.*

Ключевые слова*: кластерный анализ, смертность, трудоспособность, типологизация.*

Корутунду: бул иште адамдардын өлүмүнүн себептери, анын медико-социалдык аспектилери көрсөтүлгөн. Айыл райондорунун кесилишинде адамдардын өлүмү терең анализделген жана анын айыл тургундарынын ден-соолугун сактоону медициналык уюштуруу негиздери, алардын жашоо жана эмгек шарттары менен байланышы чагылдырылган. Кластердик анализ методун колдонуу менен райондор типтештирилип, рак оорусунан, канн айлануу, дем алуу органдарынын оорусунан жана сырткы себептерден өлүү деңгээли боюнча 5 айыл райондору типтештирилген тайпаларга (кластерлерге) бөлүнгөн.

Негизги сөздөр: кластердик анализ, өлүм, эмгекке жарамдуулук, типтештирүү.

Актуальность. Комплексное изучение здоровья населения является основой для разработки политики и определения приоритетов в системе охраны здоровья населения и социально- экономического развития страны.[1.3.4.7.] Ранговое место причин, ухудшающих состояние общественного здоровья, изменчиво, причем их роль в формировании заболеваемости, смертности и инвалидности на разных территориях не одинакова.[2.5.6.]. Для выявления территорий с повышенным риском здоровью населения применение множественных частных характеристик общественного здоровья может привести к ошибочным оценкам роли и места конкретной патологии в ухудшении общественного здоровья. Кроме того, отдельные критерии здоровья не позволяют определить значение в формировании здоровья роли социально-гигиенических, медико-биологических, здравоохраненческих, экономико-финансовых факторов.

Цель исследования. На основе экспертных систем провести оценку предотвратимых причин смерти, определить медико-организационные причины сверхсмертности сельского населения трудоспособного возраста

Материалы и методы исследования. Изучена смертность сельского населения за 2006-2010 гг. Рассчитаны общие и стандартизованные показатели смертности. Проведен углубленный анализ смертности от основных структурообразующих причин смерти: болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, внешние причины, болезни органов дыхания. Анализу подверглись статистические данные на 6422 умерших.

Методическим подходом к сравнительной оценке сельских районов по показателям состояния здоровья является типологизация – выделение групп объектов (в данном случае – сельских районов), однородных по совокупности показателей (причин смерти). Типологизация осуществлялась с использованием метода кластерного анализа. Нами проведено выделение типологических групп (кластеров) в 5 сельских районах по уровню

смертности от злокачественных новообразований (ЗН), болезней системы кровообращения (БСК), органов дыхания (БОД) и внешних причин(ВП). На данном этапе обработано и анализировано около 3000 единиц информации.

В статье использованы современные методы социально-гигиенических исследований: статистический, социологический, эпидемиологический, экономический, экспертной оценки.

Методы обработки статистического материала включали: расчеты интенсивных, экстенсивных и стандартизованных показателей, использование параметрической и непараметрической статистики, двухфакторного дисперсионного анализа, кластерного анализа.

Результаты и обсуждение

За период анализа (2006-2010 гг.) изменились показатели отдельных причин смерти в структуре общей смертности. Так, в 2006 году БСК составили 59,4%, ВП (11,7%), ЗН (10,8%), БОД (10,0%), в 2010 г. удельный вес смертности от БСК снизился до 58,9%, ЗН – до 8,2%, БОД –до 6,1%, при этом вклад ВП возрос до 12,3%.

Расчет стандартизованных показателей показал, что за эти годы смертность возросла от внешних причин с 149,8 до 175,3 на 100 тыс. сельского населения, от БСК –с 679,4 до 780,4 и снизилась от ЗН –с 140,1 до 118,6, от БОД –с 127,4 до 83,1. Стандартизованные показатели смертности сельских мужчин превышали показатели смертности женщин в 2006 году в 1,8 раза, в 2010 году –2 раза.

Таблица 1

Смертность городского и сельского населения в 2010 году, на 100 тыс. соответствующего населения

Причина смерти	Общие		Стандартизованные	
	Город	Село	Город	Село
Злокачественные новообразования	163,0	127,1	163,6	118,6
Болезни системы кровообращения	712,2	917,3	745,1	780,4
Болезни органов дыхания	41,5	95,7	40,9	83,1
Болезни органов пищеварения	42,6	35,6	42,0	34,4
Болезни костно-мышечной системы	1,3	2,2	1,3	1,8
Болезни мочеполовой системы	6,7	5,6	6,7	5,0
Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	149,5	191,4	139,3	175,3
Прочие	118,2	183,3	121,0	182,1
Всего	1235,1	1558,2	1259,8	1364,8

Сравнительная оценка (2010 г.) показала, что уровень смертности сельского населения был выше, чем городского (интенсивные показатели 1558,2 и 1235,1 и стандартизованные показатели –1364,1 и 1259,8 на 100 тыс. соответствующего населения). Смертность сельского населения была выше, чем городского населения: от ВП –191,4 и 149,5 на 100 тыс. соответствующего населения ($p<0,05$); от БСК –917,3 и 712,2 ($p<0,01$); от БОД –95,7 и 41,5 ($p<0,01$); от ДТП (28,7 и 23,7, $p>0,05$), от самоубийств (80,5 и 37,0, $p<0,001$), от убийств (14,9 и 13,9, $p>0,05$). (табл.1).

Особенно велики различия смертности городского и сельского населения в трудоспособном возрасте (677,5 и 600,0 на 100 тыс. соответствующего населения, $p<0,01$). Среди сельских жителей трудоспособного возраста были выше показатели смертности от всех основных причин: от БСК (189,5 и 174,7 на 100 тыс. соответствующего населения, $p<0,05$), от ВП (234,8 и 179,7, $p<0,001$), в том числе от самоубийств (103,6 и 45,8, $p<0,001$).

Не только в трудоспособном, но и в пожилом возрасте смертность сельских жителей выше 5916,3 на 100 тыс. соответствующего населения по сравнению с городским населением - 5380,9, $p<0,01$.

Выявлено превышение показателей смертности сельских жителей пожилого возраста от БСК, БОД, ВП. Однако смертность от ЗН у городских пожилых была значительно выше, чем у сельских.

Углублённый анализ смертности населения в разрезе сельских районов установил значительные различия показателей, которые в определенной мере связаны с медико-организационными основами охраны здоровья сельских жителей, их образом жизни и трудовой деятельностью. Результаты исследования были использованы для интегральной оценки здоровья сельского населения и ранжирования сельских районов по основным критериям здоровья, а также для разработки комплекса мероприятий по реорганизации медицинской помощи и охране здоровья сельского населения.

В целом уровень общей смертности составил 1560,9±30,7 на 100 тыс. населения. Среди мужчин показатель выше (1736,2±31,7), чем среди женщин (1398,9±32,1) ($p<0,001$).

В связи с большой вариабельностью показателей смертности сельского населения по годам и от основных причин для ранжирования сельских районов нами были рассчитаны среднегодовые показатели смертности за пять лет наблюдения (2006-2010 гг.), положенные в основу ранжирования по основным показателям смертности и картографированию республики по показателям здоровья.

В процессе исследования нами было проведено ранжирование сельских районов по уровню смертности населения. Сельские районы, занявшие первые 10 ранговых мест (с показателями смертности от 1021,8 до 1484,6 на 100 тыс. населения) были нами отнесены к сельским районам с низким уровнем смертности, занявшие ранговые места с 11 по 20 (показатели смертности от 1490,0 до 1545,1) были отнесены к сельским районам со средним уровнем смертности, занявшие с 21 по 30 ранговое место (показатели смертности от 1560,1 до 1682,0) – с уровнем смертности от 1690,0 до 1984,4 на 100 тыс. населения, занявшие с 31 по 40 ранговые места были отнесены в число сельских районов с высоким уровнем смертности.

Ранжирование сельских районов проводилось для лиц трудоспособного возраста по 10 показателям (смертность мужчин и женщин от всех причин, в том числе от ЗН, БСК, ВП и БОД). По этим 10 показателям определили ранг (ранг каждого сельского района рассчитывался по среднему значению рангов 10 показателей), стандартное отклонение и коэффициент вариации для каждого сельского района.

Полученные результаты показали, что при низком уровне смертности населения трудоспособного возраста отмечается высокая вариация показателей от отдельных причин смерти ($\sigma = \pm 9$, ранг = 16, коэффициент вариации = 93,8%).

Такая же картина отмечается и в других сельских районах, занявших первые 10 мест по среднему рангу 10 показателей смертности. В этих сельских районах отмечается большая разница в показателях смертности лиц трудоспособного возраста от отдельных причин: ЗН, БСК, БОД и ВП.

Другим методическим подходом к сравнительной оценке сельских районов по показателям состояния здоровья является типологизация –выделение групп объектов (в данном случае –сельских районов), однородных по совокупности показателей. Нами проведено выделение таких типологических групп (кластеров) в 40 сельских районов по уровню смертности от структурообразующих причин (ЗН, БСК, БОД и ВП).

Кластерный анализ показателей смертности от ЗН позволил выделить 5 кластеров, от ВП –5, от БСК –7, от БОД –4 кластера.

Например, кластеризация сельских районов по уровню смертности от БСК показала, что первый кластер характеризовался высокой смертностью от острого инфаркта миокарда (34,7 на 100 тыс. человек), от внутримозгового кровоизлияния (84,6) и инфаркта мозга

(59,5), от инсульта неустановленной этиологии (152,5). Во втором кластере смертность выше от инсульта неустановленной этиологии (189,0±35,0) и других ЦВЗ (70,9±63,6). В третьем кластере установилась высокая смертность от ИБС (484,3±220,5), в четвертом –от нарушений легочного кровообращения (34,8), в пятом –от субарахноидального кровоизлияния (34,5), в шестом –от других болезней сердца (146,2), в седьмом –от хронической ишемической болезни сердца (353,6±179).

Таким образом, полученные результаты комплексной интегральной оценки показателей смертности сельского населения в сельских районах позволили выделить территории сверхсмертности населения.

Социально-гигиенические, медико-организационные и экономические аспекты состояния здоровья сельского населения были рассмотрены потери сельского населения вследствие преждевременной смертности. Средний возраст смерти от всех причин для населения (за 2010 г.) составил 64,2±0,02 года и колебался по сельским районам от 59,3 до 69,1 года. Средний возраст смерти вследствие ВП колебался от 37,3 до 48,8 года, БСК –от 67,0 до 75,3 года, ЗН –от 56,8 до 67,3 года, БОД –от 53,8 до 74,0 года.

При анализе смертности существенным является не только интенсивность смертности, но и то, в каком возрасте умирают люди от тех или иных причин. С точки зрения эффективности деятельности здравоохранения важен средний возраст умерших от хронических заболеваний. Тот факт, что различия в среднем возрасте умерших в сельских районах от БСК составляет 8 лет, а от злокачественных новообразований –около 10 лет, свидетельствует о значительных резервах сокращения потерь за счет улучшения работы соответствующих служб здравоохранения.

Главной причиной потерь являются ВП, как в силу высокой смертности, так и результате сравнительно ранних возрастов смерти.

Число потерянных лет жизни (ПЛЖ) в течение года в результате сверхсмертности от ВП было рассчитано как разница между СПЖ и средним возрастом умерших от ВП и умноженное на абс. число умерших от ВП.

Анализ потерь здоровья сельского населения с экономических позиций установил, что от преждевременной смертности в связи с травматизмом в течение года было потеряно 16442 человеко-лет жизни.

Низкий средний возраст умерших лиц характеризует, хотя и косвенно, качество жизни сельского населения. Анализ показал, что средний возраст умерших мужчин составил лишь 61,4±0,5 года. Среди умерших мужчин 40 % были лица трудоспособного возраста. Из числа умерших 18,9% оказались работниками, занятыми в сельскохозяйственном производстве, 2,8% –в службе здравоохранения, образования, культуры, 9,3% –не работали временно или постоянно, 1,3% –составили дети дошкольного и школьного возрастов, в других отраслях были заняты 9,0%. В 8,6% случаев смерти в медицинских документах информация о занятости не содержалась, что свидетельствует о низком качестве заполнения медицинской документации.

Основные потери сельского населения происходят в результате внешних причин смерти.

Изучение медико-организационных аспектов смертности сельского населения, выявило, что в 82,6% случаев смерть произошла дома, в 6,4% –в стационарах, в 3,8% –на улице и др. В последующие годы в связи с кризисными явлениями в обществе, дефицитом финансирования программы госгарантий и уменьшением доступности стационарной медицинской помощи, особенно лица пожилого и старческого возрастов, число умерших на дому возрастет.

Анализ показал, что у 51,9% умерших в стационаре причиной смерти было основное заболевание, а у 1/3 –осложнения основного заболевания, у 3,7% –сопутствующие заболевания. Осложнения основного заболевания, явившегося причиной смерти, может рассматриваться как несвоевременное выявление, лечение сопутствующей патологии.

Проведенная нами экспертная оценка качества заполнения медицинской документации и, в частности, медицинского свидетельства о смерти выявила целый ряд дефектов. Так, в 30,0% случаев была неправильно оформлена причина смерти, в 10,0% – не указано время смерти, 7,0% –место смерти.

Определенный интерес в плане управляемых причин смертности представляет динамика смерти в зависимости от дня недели и месяца года.

По данным исследования выявлено, что основной пик смертных случаев приходится на декабрь, несколько меньше на март и июль месяцы. Такая динамика смертности связана с превалированием числа умерших от БСК в марте и июле, от ВП –в декабре, от БОД –в мае и августе. Отмечаются различия числа умерших по дням недели. Было установлено, что смертность мужчин выше в воскресенье и понедельник, женщин –в понедельник.

Анализ причин смерти сельского населения показал, что наибольшее число смертей от ИБС было в воскресенье и понедельник, от ЦВЗ –в воскресенье, от гипертонической болезни –в понедельник и четверг. Это, в определенной мере, обусловлено обострением хронической патологии, связанной с образом жизни, увеличением несчастных случаев в выходные дни. Выявленная динамика смертности по дням недели определила сложившуюся закономерность и может быть использована для разработки профилактических мероприятий, направленных на оздоровление образа жизни сельского населения.

ВЫВОДЫ

1. Смертность сельского населения в динамике за 2006-2010 гг.возросла на 38% и составила на 1558,2 на 100 тыс. населения. В структуре общей смертности в 2010 г. по сравнению с 2006 г. возросла доля смертей от болезней системы кровообращения и внешних причин смерти и снизилась доля смертных случаев от злокачественных новообразований. При этом ранговые места основных структурообразующих причин смерти не изменились. Стандартизованные показатели смертности сельских мужчин в 2 раза превышают смертность женщин.
2. Уровень общей смертности сельского населения превышает показатель городского населения (1558,2 и 1235,1 на 100 тыс. соответствующего населения, $p<0,001$), что подтверждает большую выраженность факторов риска здоровья на селе. Показатели смертности сельского населения от внешних причин выше смертности городских жителей в 1,3 раза, $p<0,01$, от самоубийств в 2,2 раза, $p<0,001$. Смертность сельского населения в трудоспособном возрасте выше чем городского (677,0 и 600,0 на 100 тыс. населения, $p<0,001$). На селе отмечены более высокие показатели смертности лиц пожилого возраста от болезней системы кровообращения, внешних причин и болезней органов дыхания.
3. Ранжирование сельских районов по показателям смертности населения, на их основе картографирование , а также использование кластерного анализа для типологизации районов позволили выявить территории с низким и высоким уровнем здоровья. Уровень смертности в сельских районах колебался от 1021,8 на 100 тыс. населения до 1984,4 ($K=21$, $p=0,01$). Ранжирование сельских районов по 10 показателям смертности лиц трудоспособного возраста выявило большую вариабельность показателей в отдельно взятых сельских районах.

Литература:

1. Абдраимов Т.Д., Каратаев М.М. и соавт. Варианты финансового обеспечения жизнедеятельности трансплантационной службы// Центрально-Азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии, Бишкек.- 2008. - №1. – С. 187-192
2. Вялков, А.И. Финансово-экономические механизмы повышения эффективности системы здравоохранения / А.И. Вялков // ГлавВрач. – 2005. – №2. – С. 16–20.

3. Герасименко, Н.Ф. Сверхсмертность населения – главная демографическая проблема России в контексте европейских тенденций здоровья / Н.Ф. Герасименко // Здравоохранение Рос. Федерации. – 2009. – № 3. – С. 10.
4. Дуганов, М.Д. Методологические подходы к оценке эффективности регионального здравоохранения / М.Д. Дуганов, К.Н. Калашников // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – №6 (18). – С. 93–105.
5. Каратаев М.М., Токтоматов Н.Т., Василевский М.Г., Кожалиев А.К.// Анализ эффективности управления ресурсами здравоохранения в условиях реформирования отрасли.- Экономика здравоохранения, Москва.- 2006. - № 3-4. – С. 60-65
6. Найговзина, Н.Б. Реформирование здравоохранения – объективная реальность / Н.Б. Найговзина // Советник бухгалтера в здравоохранении. – 2005.– № 1. – С. 5–22.
7. Стародубов, В.И. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения /
8. В.И. Стародубов, В.О. Флек, Сон, С.А. Леонов, Э.Н. Матвеев, М.Н. Бантьева //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2010.– № 4. – С. 23–26.

Preventable causes of population death and their medico-social aspects

A. R. Aralbayeva, K. A. Zhaparov, Tairova J.S.
Kyrgyz state medical institute of retraining and professional development

Abstract. The reasons of mortality of the population and their medico-social aspects are presented in this article; profound analysis of mortality of the population in a section of rural areas which establishes considerable distinctions of indicators which in a certain measure are connected with medico-organizational basis of health protection of villagers, their way of life and work is carried out. The typologization of areas with use of a method of the cluster analysis is carried out; typological groups (clusters) in 5 rural areas on death rate from malignant new growths, diseases of the blood circulatory system, respiratory organs and the external reasons are allocated.

Keywords: cluster analysis, mortality, working capacity, typologization.

УДК: 614.2 (575.2)

Жапаров К. А., Аралбаева А. Р., Таирова Ж.С.,
Кыргызский государственный медицинский
институт переподготовки и повышения квалификации

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Аннотация. *В данной работе представлены социально-гигиенические проблемы образа жизни и состояния здоровья населения проживающего в сельской местности, вычислена* ***с****ила влияния факторов риска на возникновение хронических заболеваний сельского населения. Изучены факторы как медицинская активность, доступность медицинской помощи, кратность острых заболеваний, влияющие на качество медицинской помощи, предложены мероприятия по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению.*

Ключевые слова: сельский житель, медицинская активность, хронические патологии, курение, алкоголь.

Корутунду: Бул иште айыл жеринде жашаган элдердин жашоо образынын жана ден-соолугунун социалдык-гигиеналык проблемалары көрсөтүлгөн, алардын өнөкөт ооруларын пайда кылуучу факторлор эсептелип чагылдырылган. Медициналык активдүүлүк, медициналык жардамдын жеткиликтүүлүгү, курч ооруларды кезигүүсү

сыяктуу факторлор изилденип, айыл жашоочуларына медициналык жардам көрсөтүүнү жакшыртуу жолдору сунушталды.

Негизги сөздөр: айыл жашоочусу, медициналык активдүүлүк, өнөкөт оорулар, тамеки тартуу, алкоголь.

Актуальность. На протяжении последних десятилетий и до настоящего времени особенно сложной остается ситуация со здоровьем населения и системой его охраны в сельской местности в силу сложившихся демографических, экономических, территориальных, культурных, медицинских организационно-управленческих факторов сельской жизни.

Общественное здоровье динамично изучается в нескольких направлениях с использованием различных критериев, которые в основном предназначены для объективной характеристики изменений общественного здоровья и успешно применяются для планирования ресурсов и координации деятельности системы охраны здоровья населения.[1.2.4.7.]

Состояние здоровья сельского населения претерпевает отрицательную тенденцию и многие его параметры хуже, чем городского населения. По данным отдельных исследований среди сельского населения выше общая смертность, смертность от болезней системы кровообращения, травм и отравлений и др.[5].

Факторами формирования здоровья сельского населения являются не только социально-экономические, но и организационные. Организация медицинской помощи, обеспеченность населения врачами-специалистами, укомплектованность учреждений здравоохранения кадрами, современным оборудованием оказывают непосредственное влияние на доступность медицинской помощи, увеличивается выявляемость заболеваний и охват диспансеризацией.[2].

Показатели здоровья населения сельских районов значительно варьируют. В связи с этим представляется необходимым установить социально-гигиенические и медико-организационные аспекты формирования здоровья сельского населения и на основе комплексной оценки здоровья сельского населения разработать стратегические задачи охраны здоровья сельского населения.

Цель исследования. На основе комплексной оценки демографической ситуации и состояния здоровья сельского населения разработать стратегические задачи охраны здоровья сельского населения и мероприятия по совершенствованию медицинской помощи на селе.

Материалы и методы исследования

Изучены образ и условия жизни сельского населения, а так же мнение населения о качестве медицинских услуг и факторах, влияющих на здоровье. Результаты социологических опросов были положены в основу разработки приоритетов развития здравоохранения села. Анкетированием было охвачено сельское население в возрасте старше 20 лет в 5 сельских районах. Объем наблюдения составил 1850 человек. Для оценки силы влияния отдельных факторов на здоровье населения был использован метод двухфакторного дисперсионного анализа.

Объектом исследования явилось сельское население.

Предметом исследования явились: медико-демографические процессы, заболеваемость, условия и образ жизни сельского населения, организация медицинской помощи.

Единицами наблюдения явились: сельский житель, ЛПУ, случай смерти, заболеваемости и инвалидности сельского населения.

В работе использованы современные методы социально-гигиенических исследований: статистический, социологический, эпидемиологический, непосредственного наблюдения (монографический).

Результаты и обсуждение.

Большинство опрошенных состояли в браке (79,5%), в среднем имели 2,8 ребенка, у половины респондентов –среднемесячный доход был ниже прожиточного минимума, пятая часть являлись безработными. Из числа опрошенных лиц 35% работали в сельскохозяйственном производстве.

Результаты самооценки состояния здоровья сельскими жителями показали, что 57,0% считали его удовлетворительным и 11,8% –плохим, остальные 31,2% хорошим. Самооценка состояния здоровья была неоднозначна в зависимости от возраста, уровня образования и семейного положения.

О низкой медицинской активности сельских жителей свидетельствует тот факт, что только пятая часть опрошенных обращались в амбулаторно-поликлинические учреждения более 4 раз в течение года. Значительно ниже медицинская активность была среди мужчин, по сравнению с женщинами (соответственно 14,5 и 24,1%). На одного сельского жителя пришлось 3,8 посещения в год в центры семейной медицины 2,2 посещения в СВА и 3,6 посещения в ФАП.

Изучение удовлетворенности сельских жителей организацией медицинской помощи позволило установить, что 78 из 100 опрошенных были удовлетворены качеством работы медицинского персонала ФАП, 65 были удовлетворены организацией работы –СУБ, 54 организацией работы территориальных больниц.

По данным социологических опросов нами была изучена распространенность хронических заболеваний среди сельского населения.

Анализ показал, что на 100 опрошенных пришлось 240,7 хронических заболевания. Среди мужчин распространенность хронической патологии была выше (272,1), чем среди женщин (224,5, $p<0,01$).

Наиболее распространенными хроническими заболеваниями среди сельских жителей оказались: остеохондроз (46,3 на 100 опрошенных), гипертоническая болезнь (32,4), гастрит (22,6), холецистит (22,4).

Таблица 1

Сила влияния факторов риска на возникновение хронических заболеваний сельского населения

Факторы риска	Сила влияния факторов (η2,%)	Коэффициент канонической корреляции (r*)	p	Ранговое место
Медико-биологические факторы				
Пол	0,4	0,06	>0,05	12
Возраст	13,0	0,4	<0,001	1
Кратность острых заболеваний	5,1	0,25	<0,001	5
Социально-гигиенические факторы				
Социальное положение	9,7	0,31	<0,001	2
Образование	2,3	0,15	>0,05	9
Семейное положение	4,2	0,2	<0,05	6
Материальный достаток	1,3	0,11	>0,05	11
Медико-организационные факторы				
Медицинская активность	6,4	0,25	<0,01	3
Доступность медицинской помощи	5,2	0,23	<0,01	4
Поведенческие факторы				
Курение	3,3	0,18	<0,05	8
Питание	1,6	0,13	>0,05	10
Потребление алкоголя	4,0	0,2	<0,05	7

Установлено, что уровень заболеваемости по данным социологического опроса примерно в 1,5 раза выше, чем выявленных по обращаемости, что свидетельствует о низкой медицинской активности сельского населения.

В процессе исследования был проведен анализ факторов риска, влияющих на состояние здоровья. Все изученные факторы риска были разделены на следующие группы: медико-биологические (пол, возраст, кратность острых заболеваний), социально-гигиенические (социальное положение, образование, семейное положение, материальный достаток), медико-организационные (медицинская активность, доступность медицинской помощи), поведенческие факторы (курение, потребление алкоголя и питание).

Для оценки степени (доли) влияния факторов риска были рассчитаны коэффициенты (η2) и уровень их статистической значимости. Силу (тесноту) связи между изучаемыми признаками оценили посредством расчета коэффициента канонической корреляции (r*), являющегося мерой статистической связи между признаками (табл. 1).

Оценка влияния факторов на частоту хронических заболеваний показала, что в группе медико-биологических факторов наибольшая степень изолированного действия была у фактора была у фактора возраст (η2 =13,0 p<0,001), среди социально-гигиенических факторов – социальное положение (η2 =9,7 <0,001), среди медико-организационных – медицинская активность (η2 =6,4,0 <0,01), среди поведенческих факторов риска наибольшую степень влияния оказало потребление алкоголя (η2 =4,0 <0,05).

Помимо переменных, в число значимых факторов вошли также:
медицинская активность (η2 =6,4 p<0,01), доступность медицинской помощи(η2=5,2 p<0,01), кратность острых заболеваний (η2 =5,1 p<0,01).

В многофакторном анализе даже малозначимые факторы принимаются в расчет, ибо именно в совокупности с оценкой действия и взаимодействия нескольких контролируемых факторов становится возможным изучение сложной причинно-следственной структуры рассматриваемого явления. В этой связи для определения сочетанного влияния факторов риска на частоту хронической патологии сельского населения нами был использован двухфакторный дисперсионный анализ. Было установлено, что вышеперечисленные контролируемые признаки в сочетании с возрастом оказывают более сильное влияние, нежели самостоятельное воздействие каждого фактора, поскольку в разные возрастные периоды жизни влияние факторов не одинаково (табл. 2).

Анализ показал, что по степени влияния изучаемых факторов риска в сочетании с возрастом на распространенность хронических заболеваний приоритеты несколько изменились. Ведущие места стали занимать социально-гигиенические и поведенческие факторы риска: социальное положение (η2=16,3, p<0,001), курение (η2 =14,4, p<0,001), потребление алкоголя (η2 =14,1, p<0,001), материальный достаток (η2 =12,1, p<0,001), характер питания (η2 =10,8, p<0,001). Так, курение и чрезмерное потребление алкоголя оказывает более сильное влияние на состояние здоровья сельского населения в возрасте 30-39 и 40-49 лет, характер питания –в 40-49 и 50-59 лет, а такие факторы как социальное положение, материальный достаток, характер питания в возрасте 60 лет и старше.

Таблица 2

Сила сочетанного влияния факторов риска на возникновение хронических заболеваний сельского населения

Факторы риска	Сила влияния факторов (η2,%)	Коэффициент канонической корреляции (r*)	p	Ранговое место
Медико-биологические факторы				
Пол	7,9	0,28	>0,001	7
Кратность острых заболеваний	6,2	0,25	<0,01	9
Социально-гигиенические факторы				
Социальное положение	16,3	0,40	<0,001	1
Образование	6,9	0,26	>0,001	10
Семейное положение	9,8	0,2	<0,001	11
Материальный достаток	12,1	0,35	>0,001	4
Медико-организационные факторы				
Медицинская активность	8,5	0,29	<0,01	6
Доступность медицинской помощи	7,7	0,26	<0,001	8
Поведенческие факторы				
Курение	14,4	0,38	<0,001	2
Питание	10,8	0,33	>0,001	5
Потребление алкоголя	14,1	0,38	<0,001	3

Проведенный анализ показал, что изученные факторы риска в разные возрастные периоды жизни оказывают не одинаковое влияние на частоту хронической патологии.

Показатели заболеваемости взрослого населения сельских районов, как критерий интегральной оценки здоровья населения дало результаты оценки среднегодовой заболеваемости сельского населения за 5 лет (2009-2014). В связи с этим мы использовали следующий методический подход: из формы №12 ЛПУ были выкопированы абсолютные значения зарегистрированных заболеваний (за 2009-2014 гг.). Число заболеваний за каждый год наблюдения суммировалось и далее делилось на суммарную численность населения этих сельских районов за годы анализа.

Результаты анализа показали, что уровень первичной заболеваемости взрослого населения в динамике за 2009-2014 гг. возрос с 59552,1 до 67904,3 на 100 тыс. соответствующего населения (рост на 14,0%).

В структуре первичной заболеваемости взрослого сельского населения (в 2009г.) первые три ранговых места заняли болезни органов дыхания (21,5%), системы кровообращения (11,5%) и мочеполовой системы (8,9%). В структуре общей заболеваемости болезни системы кровообращения составили –20,6 %, органов дыхания – 14,7 %, болезни костно-мышечной системы -9,2%.

Общая заболеваемость взрослого сельского населения за этот период выросла с 122651,5 до 159558,3 на 100 тыс. соответствующего населения (на 30,1%). Рост показателей общей заболеваемости в основном произошел за счет болезней крови и кроветворных органов (63,2%), эндокринной системы (52,4%), нервной системы (46,3%), уха и сосцевидного отростка (48,7%), болезни системы кровообращения (98,7%), костно-мышечной системы (76,4%), мочеполовой системы (38,7%) и др.

Мероприятия по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению:

I. Стратегический уровень

- Планировать развитие здравоохранения села на долгосрочную перспективу с учетом существующей материальной базы, состояния здоровья населения.
- Провести реструктуризацию здравоохранения села, усилив профилактическую направленность работы сельских ЛПУ.

II. Тактический уровень

- Определить потребности в объёмах медицинской помощи дифференцированно в зависимости от уровня оказания медицинской помощи с учетом показателей заболеваемости и смертности сельского населения.
- Создать в сельской местности сеть учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи пожилым, престарелым, инкурабельным больным; увеличить отделения (койки) сестринского ухода; открыть хосписы.
- Активизировать профилактическую работу, методики раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, сосудистых заболеваний головного мозга, онкологических больных и др.
- Осуществлять мониторинг причин смерти населения трудоспособного возраста с анализом каждого случая смерти.

Выводы

1. Результаты самооценки состояния здоровья жителями села показали, что 57,0% считают его удовлетворительным и 11,8% –плохим, остальные хорошим. О низком уровне медицинской активности свидетельствует, что только пятая часть сельского населения обращались (в течение года) в амбулаторно-поликлинические учреждения более 4 раз (14,5% мужчин и 24,1% женщин).
2. Заболеваемость по данным опроса в 1,5 раза выше, чем по данным обращаемости. Частой причиной не обращаемости населения в ЛПУ являлись болезни костно-мышечной системы, системы кровообращения, пищеварения, женских половых органов, что в определенной мере связано с плохой доступностью медицинской помощи жителям села, низким уровнем медицинской активности и не удовлетворенностью населения организацией медицинской помощи. Удовлетворены качеством медицинских услуг около 55,0% селян.
3. Распространенность хронических заболеваний у жителей села обусловлена влиянием комплекса факторов: медико-биологических, медико-социальных, медико-организационных и поведенческих. Двухфакторный дисперсионный анализ показал, что по степени влияния изучаемых факторов риска (с учетом возраста) на распространенность хронических заболеваний ведущие места занимают социально-гигиенические и поведенческие факторы риска: социальное положение ($\eta 2 = 16{,}3$, $p<0{,}001$), курение ($\eta 2 = 14{,}4$, $p<0{,}001$), потребление алкоголя ($\eta 2 = 14{,}1$, $p<0{,}001$), материальный достаток ($\eta 2 = 12{,}1$, $p<0{,}001$), характер питания ($\eta 2 = 10{,}8$, $p<0{,}001$) и др. Курение и чрезмерное потребление алкоголя оказывает более сильное влияние на распространенность хронической патологии в возрасте 30-49 лет, характер питания – в 40-59 лет, а такие факторы как социальное положение, материальный достаток и характер питания в возрасте 60 лет и старше.

Литература:

1. Каратаев М.М. Абдраимов Т.С., Мойдинов У.Р. Основные направления улучшения системы контроля качества// Наука и новые технологии, Бишкек.-2009. - №1-2.- С. 212-214
2. Каратаев М.М. Анализ расходов и определение потребности в стационарной помощи // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- Бишкек.- 2014.- №4.- С. 347-350
3. Кучеренко, В.З. Методические подходы к оценке деятельности лечебно-профилактического учреждения: мониторинговые индикаторы, показатели, критерии, определения / В.З. Кучеренко, Л.П. Разливинских, В.Ф.
4. Мартыненко // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 8. – С. 29–37.

5. Стародубов, В.И. Оценка влияния модернизации здравоохранения на динамику заболеваемости взрослого населения страны / В.И. Стародубов, И.М.Сон, С.А. Леонов, А.В. Погодин//Менеджер здравоохранения. – 2013. – № 5 – С.– 6-17.
6. Татарников, М.А. Повышение эффективности управления здравоохранением на основе стандартов системы менеджмента качества / М.А.Татарников // ГлавВрач. – 2007. – № 1. – С. 93–100.
7. Флек, В.О. Состояние и перспективы планирования и финансирования обеспечения медицинской помощи населению / В.О. Флек, В.А. Зеленский, П.И.Кузенко, Е.Г.Катангова, под ред. В.И. Стародубова. – М.: Менеджер здравоохранения, 2012. – 172 с.
8. Murray, C.J.L. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study / C.J.L. Murray, A. Lopez // Lancet. – 1997. – Vol. 349, N 9064. – P. 1498–1504.

Social and hygienic problems of the way of life and state of health of the population living in rural areas

K. A. Zhaparov, A. R. Aralbaieva, Tairova J.S.
Kyrgyz state medical institute of retraining and professional development

Abstract. In this research paper certain social and hygienic problems of the way of life and the state of health of the population living in rural areas are presented. The force of influence of risk factors on developing of chronic diseases of country people is calculated. Factors as medical activity, availability of medical care, frequency rate of sharp diseases influencing quality of medical care are studied. There are offered actions for improvement of medical care to country people.
Key words: rural inhabitant, medical activity, chronic pathologies, smoking, alcohol.

УДК: 616.12 – 008.318

Мамасаидов Ж.А., Кыргызско – Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, медицинский факультет, кафедра терапии №2 специальности «ЛД»,
г. Бишкек, Кыргызская республика.

ОЦЕНКА АССОЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ С НАЛИЧИЕМ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Цель работы: *выявить взаимосвязь артериальной жесткости (АЖ) и параметров центральной гемодинамики с развитием гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ).* ***Материал и методы:*** *Обследовано 155 больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в возрасте 30-70 лет. Проведено общеклиническое обследование, определение уровня сахара и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов), дуплексное сканирование сонных артерий (СА), определение жесткости артерий методом контурного анализа пульсовой волны.* ***Результаты:*** *свидетельствуют об отсутствии взаимосвязи между показателями АЖ в том числе индекса аугментации и индекса жесткости с наличием ГЛЖ у больных ЭГ.*

Иштин максаты: *жүрөктүн сол желудочкасынын гипертрофия пайдаболушунда артериалдык каттуулук менен борбордук гемодинамиканын параметрлеринин байланышын аныктоо.* ***Материал жана методдор:*** *30-70 жаштагы 155 эссенциалдык гипертензия оорулуулары текшерүүдөн өтүшкөн. Жалпы клиникалык текшерүү, кант жана липиддик спектрдин деңгээлин аныктоо, уйку артерияларын дуплексдик сканерлөө, артериалдык*

каттуулукту пульс толкундугун контурдук анализ методу менен аныктоо. ***Жыйынтыгы:*** *Эссециалдык гипертензияда жүрөктүн сол желудочкасынын гипертрофиясы пайдаболушунда артериалдык каттуулуктун ошону менен бирге аугментация индекси көрсөткүчү жана каттуулук индекси ортосунда байланыш жок экендигин тастыктайт.*

Одним из наиболее частых органных поражений при эссенциальной гипертензии (ЭГ) является гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), развитие которой резко ухудшает прогноз заболевания (1,2) и признается самостоятельным риск фактором развития сердечной недостаточности, острых форм коронарной болезни сердца, аритмии и внезапной смерти (3).

Одним из механизмов возникновения ГЛЖ является повышение гемодинамической нагрузки на миокард (4). Приводятся многочисленные доказательства существования связи между частотой развития ГЛЖ и ее выявляемостью со степенью повышения артериального давления (АД), его вариабельностью и суточным профилем АД (5).

Последнее десятилетие в кардиологии ознаменовано проведением целого ряда исследований по оценке клинического и прогностического значения показателей центральной гемодинамики и характеристик упруго-эластических свойств артерий. Так, согласно результатам недавно проведенных исследований, центральное артериальное давлениеявляется наиболее чувствительным индикатором повреждения органов-мишеней и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний не только у пациентов с атеросклерозом (6), но и у здоровых лиц (7).

Поскольку величина систолического АД (САД) в аорте в основном определяет постнагрузку и величину массы миокарда левого желудочка (8), то корреляция между уровнем САД на плечевой артерии и смертностью имеет более опосредованный характер по сравнению с уровнем центрального САД в аорте (9). Уровень центрального АД может быть независимым прогностическим фактором не только развития структурных изменений сердечно-сосудистой системы (8), но и неблагоприятных клинических исходов (10). Более пристальное внимание к величине центрального АД и индексу аугментации обусловило рассмотрение их в качестве самостоятельных прогностических факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений (11). В то же время следует отметить неоднородность данных по указанной проблеме. Если в ряде исследований была обнаружена взаимосвязь между артериальной жесткостью и индексом аугментации с развитием ГЛЖ (12,13), то в других работах подобной ассоциации выявлено не было (14,15).

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи показателей артериальной жесткости с наличием гипертрофии левого желудочка у больных с эссенциальной гипертензией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 155 больных (ЭГ) в возрасте 30-70 лет (средний возраст – 56,1±8,2 лет), в том числе 78 мужчин и 77 женщин. На момент включения в исследование пациенты не получали регулярной антигипертензивной терапии. Из исследования исключались пациенты со вторичными формами АГ, больные, имеющие высокий функциональный класс сердечной недостаточности (ФК III-IVNYHA), печеночную или почечную недостаточность, онкологические заболевания.

Всем больным были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, а также определение уровня сахара,креатинина и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате Sequoia-512, фирмы “Acuson” (США) в стандартном положении исследуемого на спине. Для оценки эхоструктур сердца применялось М- и В-сканирование. По стандартной методике определяли конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический (КСР) размеры полости левого желудочка, конечно-систолический (КСО) и конечно-диастолический

(КДО) объемы ЛЖ, толщину задней стенки (ЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (МЖП), фракцию выброса левого желудочка (ФВ). Масса миокарда левого желудочка (ММ) рассчитывалась по формуле, предложенной Devereux и Reichek (1977). Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ) определялся отношением ММ к площади поверхности тела. Наличие гипертрофии левого желудочка признавалось в случае, если ЗСЛЖ и/или МЖП составляла 12 мм и более, а величина ИММ равнялась или превышала 115 г/м^2 у мужчин и 95 г/м^2 у женщин.

Для оценки структурно-функционального состояния стенки крупных сосудов и параметров центральной гемодинамики использован метод фотоплетизмографии – аппарат «Ангиоскан-01» («Ангиоскан», Россия). При автоматическом контурном анализе пульсовой волны оценивались следующие показатели: индекс жесткости (SI), индекс отражения (RI), индекс аугментации (Aix), индекс аугментации, нормализованный к ЧСС=75 уд/мин (Aix75) и центральное систолическое АД (Spa).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA6.0. Нормальность распределения определялась по критериям Шапиро-Уилка и Лильефорса. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова, а также параметрического t-критерия Стьюдента. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Различия считались достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование

Параметр	Значение параметра
Женщины/мужчины	77 (49,7%)/78(50,3%)
Возраст, лет	56 ± 8
ИМТ, кг/м^2	30,5 ± 5,0
ОТ, см	99,2 ± 10,8
САД, мм рт. ст.	161,4 ± 23,3
ДАД, мм рт.ст.	97,9 ± 12,6
Общий холестерин, ммоль/л	4,98 ± 1,11
Триглицериды, ммоль/л	1,72 ± 0,84
ЛПВП, ммоль/л	1,16 ± 0,33
ЛПНП, ммоль/л	3,01 ± 0,89
Креатинин, ммоль/л	92,4 ± 27,5
Сахар, ммоль/л	5,46 ± 1,2
Курение	38 (24,5%)
КБС, n (%)	66 (42%)
СД, n (%)	11 (7,1%)
Каротидный атеросклероз, n (%)	120 (77,4%)

Примечание: ИМТ – индекс массы тела; ОТ объем талии; САД - систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; КБС – коронарная болезнь сердца; СД – сахарный диабет.

При анализе данных показателей артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных ЭГ с наличием или отсутствием ГЛЖ не было выявлено различий по индексу аугментации, индексу жесткости и индексу отражения (табл. 2).

Кроме этого не отмечалось гендерных различий во влиянии показателей артериальной жесткости на риск развития ГЛЖ (p>0,05).

В то же время нами была выявлена достоверная корреляционная взаимосвязь между индексом отражения, ФВ и объемными показателями ЛЖ. В частности коэффициент корреляции между RIи ФВ ЛЖ составил -0,17 (<0,05), а между RI и КСО 0,18 (<0,05).

Таблица 2.

Показатели артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных эссенциальной гипертензии с наличием и отсутствием гипертрофии левого желудочка

Показатели	ГЛЖ + n = 66	ГЛЖ - n = 89	P
Aix 75, %	14,5±12,1	15,2±10,7	нд
Aix, %	19,0±15,1	18,4±13,1	нд
SI, м/с	7,5±1,0	7,4±1,3	нд
RI, %	42,1±19,0	41±18,3	нд

Примечание:p – достоверность различий между группами; нд – различия между группами недостоверны;ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют об отсутствии взаимосвязи между показателями АЖ в том числе индекса аугментации и индекса жесткости с наличием ГЛЖ у гипертензивных мужчин и женщин. Данный факт по видимому связан с влиянием антигипертензивной терапии которую получали большинство обследованных нами пациентов.

Литература:

1. Kannel W.B. et al. Left ventricular hypertrophy as a risk factor in arterial hypertension. Europ. Heart J 1992; 13: 82-88.
2. Devereux R.B. Left ventricular geometry, pathophysiology and prognosis. J Am. Coll. Cardiol. 1995;25:885-887.
3. Cohn J.N. From hypertension to heart failure. Eur Heart J 2000; suppl. A: p. A2 – A5.
4. Levy D., Maron H. Diversity of patterns of hypertrophy in patients with systemic hypertension and marked left ventricular wall thickening. Am J Cardiol 1990;65: 874-881.
5. ШляхтоЕ.В., КонрадиА.О., Захаров Д.В., Рудоманов О.Г. Стурктурно-функциональные изменения миокарда у больных гипертонической болезнью. Кардиология 1999; 2: 49-55.
6. Tsuchikura S., Shoji T., Kimoto E. et al. Brachial-ankle pulse wave velocity as an index of central arterial stiffness. J. Atheroscler. Thromb. 2010; 17(6): 1865-1871.
7. Mitchell G.F., Hwang S.J., Vasan R.S. et al. Arterial stiffness and cardiovascular events: the Framingham Heart Study. Circulation, 2010; 121(4):505-511.
8. Roman M.J., Okin P.M., Kizer J.R. et al. Relations of central and brachial blood pressure to left ventricular hypertrophy and geometry: the Strong Heart Study. J. Hypertens., 2010; 28(2): 384–388.
9. Roman M.J., Devereux R.B., Kizer J.R. et al. Central pressure more strongly relates to vascular disease and outcome than does brachial pressure: the Strong Heart Study. Hypertension, 2007; 50(1): 197–203.
10. Jankowski P., Kawecka-Jaszcz K., Bryniarski L. et al. Fractional diastolic and systolic pressure in the ascending aorta are related to the extent of coronary artery disease. Am. J. Hypertens., 2004; 17(8): 641–646.

11. Wang K.L., Cheng H.M., Chuang S.Y. et al. Central or peripheral systolic or pulse pressure: which best relates to target organs and future mortality? J. Hypertens., 2009; 27(3): 461–467.
12. Matsui Y, Ishikawa J, Shibasaki S et al. Association between home arterial stiffness index and target organ damage in hypertension: comparison with pulse wave velocity and augmentation index. Atherosclerosis. 2011; 219(2): 637-642.
13. Davies J.E., Lacy P., Tillin T. et al. Express pressure integral predicts cardiovascular events independent of other risk factors in the conduit artery functional evaluation substudy of Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial. Hypertension. 2014; 64(1): 60-68.
14. Rabkin S.W., Chan S.H. Correlation of pulse wave velocity with left ventricular mass in patients with hupertension once blood pressure has been normalized. Heart Int. 2012; 7(1): 5-10.
15. Gomes-Marcos M.A., Recio-Rodriguez J.I., Patino-Alonso M.C. et al. Relationship between electrocardiographic left ventricular hypertrophy criteria and vascular structure and function parameters in hypertensive patients. J. Hum. Hypertens. 2014; 28(3): 186-192.

Objective: *To identify the relationship of arterial stiffness (AF), and central hemodynamic parameters with the development of left ventricular hypertrophy (LVH).* ***Material and Methods:*** *The study involved 155 patients with essential hypertension (EH) aged 30-70 years. A physical examination, determination of glucose and lipid profile (LDL, HDL and triglycerides), duplex scanning of carotid arteries (CA), the definition of arterial stiffness by pulse wave contour analysis.* ***Results:*** *indicate the absence of the relationship between measures already in including augmentation index and the index of stiffness with the presence of LVH in patients with EH.*

УДК: 616.12 – 008.318

Мамасаидов Ж.А., Кыргызско – Российский Славянский университет имени Б.Н. Ельцина, медицинский факультет, кафедра терапии №2 специальности «ЛД»,
г. Бишкек, Кыргызская республика.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ЖЕСТКОСТЬ КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Цель работы: *выявить взаимосвязь артериальной жесткости (АЖ) и параметров центральной гемодинамики с развитием каротидного атеросклероза (КА) при эссенциальной гипертензии (ЭГ).* ***Материал и методы:*** *Обследовано 155 больных ЭГ в возрасте 30-70 лет. Проведено общеклиническое обследование, определение уровня сахара и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов), дуплексное сканирование сонных артерий (СА), определение жесткости артерий методом контурного анализа пульсовой волны.* ***Результаты:*** *показатель жесткости артерий - индекс аугментации (Aix), наряду с возрастом, явился независимым фактором риска наличия атеросклероза (АС) сонных артерий у больных ЭГ, а также выраженности его проявлений.*

Иштин максаты: *эссенциалдык гипертензияда каротиддик атеросклероздун пайда болушунда артериалдык каттуулук менен борбордук гемодинамиканын параметрлеринин байланышын аныктоо.* ***Материал жана методдор:*** *30-70 жаштагы 155 эссенциалдык гипертензия оорулуулары текшерүүдөн өтүшкөн. Жалпы клиникалык текшерүү, кант жана липиддик спектрдин деңгээлин аныктоо, уйку артерияларын дуплексдик сканерлөө, артериалдык каттуулукту пульс толкундугун контурдук анализ методу менен аныктоо.* ***Жыйынтыгы:*** *Эссециалдык гипертензия бейтаптарынын уйку артерияларынын атеросклерозун белгилеринин*

бардыгы артериалдык каттуулуктун-аугментация индекси көрсөткүчү, оорулуунун жашы түздөн түз фактору экендиги атыкталды.

Артериальная гипертония (АГ) – важнейший фактор риска развития сердечно-сосудистых (инфаркт миокарда (ИМ), ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность) и цереброваскулярных (ишемический или геморрагический инсульт, транзиторная ишемическая атака) заболеваний, которые составляют большую часть сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) (1).

Сочетание АГ с атеросклерозом, в частности коронарных и сонных артерий, значительно увеличивает риск развития ССЗ и их осложнений. Более 70% летальных исходов у больных ССЗ связано с АС, который представляет собой заболевание сосудистой стенки, поражающее аорту, сонные, коронарные и периферические артерии, и является частой причиной ишемического инсульта, ИМ и острого коронарного синдрома (2). В связи с этим выявление пациентов с атеросклеротическими изменениями сосудистого русла, особенно больных, у которых АС развился на фоне АГ, является важной задачей.

Не менее важным показателем, характеризующим сосудистое ремоделирование, является АЖ, определяемая по скорости распространения пульсовой волны (СРПВ). Приводятся данные о высокой степени корреляции между вероятностью развития сердечно-сосудистых (СС) осложнений и СРПВ (3).

Однако оценка АЖ методом определения СРПВ является достаточно трудоемкой и дорогостоящей, требующей специального обучения персонала и специализированной лаборатории (4). В связи с этим продолжается поиск альтернативных методов, позволяющих оценить АЖ и прогнозировать развитие осложнений, как у бессимптомных пациентов, так и больных с уже развившейся СС патологией. Одной из таких методик явилось изучение АЖ на основании контурного анализа пульсовой волны (5). При этом следует отметить, что исследования, посвященные изучению взаимосвязи уровней центрального АД и других параметров АЖ (индекс усиления, индекс жесткости, индекс отражения) с развитием субклинического поражения органов-мишеней, в частности АС, немногочисленны, а их результаты довольно противоречивы (6-9).

Поэтому целью настоящего исследования явилось выявление взаимосвязи артериальной жесткости и параметров центральной гемодинамики с развитием каротидного атеросклероза при эссенциальной гипертензии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 155 больных ЭГ в возрасте 30-70 лет (средний возраст – 56,1±8,2 лет), в том числе 78 мужчин и 77 женщин. На момент включения в исследование пациенты не получали регулярной антигипертензивной терапии. Из исследования исключались пациенты со вторичными формами АГ, больные, имеющие высокий функциональный класс сердечной недостаточности (ФК III-IV NYHA), печеночную или почечную недостаточность, онкологические заболевания.

Всем больным были проведены следующие обследования: измерение роста, веса и объема талии, измерение АД и ЧСС, а также определение уровня сахара и липидного спектра (уровни ЛПНП, ЛПВП и триглицеридов).

Состояние СА исследовали на аппарате Sequoia - 512, фирмы «Acuson» (США). По степени стеноза различали малый стеноз при стенозировании 0-29%, умеренный – 30-59%, выраженный – 60-79%, критический – 80-99% и окклюзия – 100% (ECST, 1991) (10).

Для оценки структурно-функционального состояния стенки крупных сосудов и параметров центральной гемодинамики использован метод фотоплетизмографии – аппарат «Ангиоскан-01» («Ангиоскан», Россия). При автоматическом контурном анализе пульсовой волны оценивались следующие показатели: индекс жесткости (SI), индекс

отражения (RI), индекс аугментации (Aix), индекс аугментации, нормализованный к ЧСС=75 уд/мин (Aix 75) и центральное систолическое АД (Spa).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 6.0. Нормальность распределения определялась по критериям Шапиро-Уилка и Лильефорса. Достоверность различий между группами определяли с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни и Колмогорова-Смирнова, а также параметрического t-критерия Стьюдента. При множественных сравнениях использовались критерии Крускала-Уолиса и дисперсионный анализ с вычислением коэффициента F и последующим post-hoc анализом. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью корреляционного анализа с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (r). Для оценки прогностической значимости традиционных факторов риска ССЗ и показателей АЖ в развитии КА применялся многофакторный регрессионный анализ с пошаговым включением в модель. Различия считались достоверными при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование, представлена в табл. 1.

Таблица 1.

Клиническая характеристика больных, включенных в исследование

Параметр	Значение параметра
Женщины/мужчины	77 (49,7%)/78(50,3%)
Возраст, лет	56 ± 8
ИМТ, кг/м^2	30,5 ± 5,0
ОТ, см	99,2 ± 10,8
САД, мм рт. ст.	161,4 ± 23,3
ДАД, мм рт.ст.	97,9 ± 12,6
Общий холестерин, ммоль/л	4,98 ± 1,11
Триглицериды, ммоль/л	1,72 ± 0,84
ЛПВП, ммоль/л	1,16 ± 0,33
ЛПНП, ммоль/л	3,01 ± 0,89
Креатинин, ммоль/л	92,4 ± 27,5
Сахар, ммоль/л	5,46 ± 1,2
Курение	38 (24,5%)
КБС, n (%)	66 (42%)
СД, n (%)	11 (7,1%)
Каротидный атеросклероз, n (%)	120 (77,4%)

Примечание: ИМТ – индекс массы тела; ОТ объем талии; САД - систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ЛПВП – липопротеиды высокой плотности; ЛПНП – липопротеиды низкой плотности; КБС – коронарная болезнь сердца; СД – сахарный диабет.

При анализе параметров АЖ и центральной гемодинамики у больных ЭГ с наличием или отсутствием АС сонных артерий нами были получены следующие результаты (табл. 2).

Оказалось, что индекс усиления, нормализованный с ЧСС 75 уд/мин (Aix75), у больных с АС сонных артерий, составив 16,6±10,7%, оказался существенно выше, чем у больных ЭГ без КА (9,2±11,7%, $p<0,005$). Аналогично, показатель Aix в группе больных с АС достигал уровня 20,9±13,3% и был существенно выше, чем у больных без АС сонных артерий (11,1±13,7%, $p<0,01$). По уровню центрального систолического АД (Spa), индексу жесткости (SI) и индексу усиления (RI) группы больных ЭГ с/без КА значимо не различались ($p>0,05$) (табл. 2).

Таблица 2.

Показатели артериальной жесткости и центральной гемодинамики у больных эссенциальной гипертензией с/без атеросклероза сонных артерий

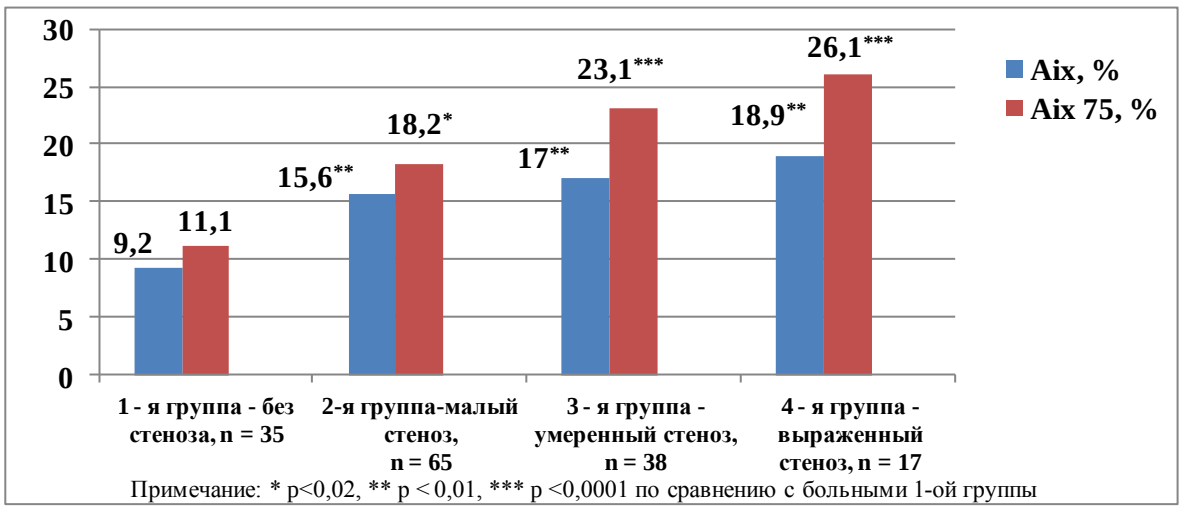
Показатели	1-я гр. (АС-) n = 35	2-я гр. (АС+) n = 120	p
Aix 75, %	9,2±11,7	16,6±10,7	<0,005
Aix, %	11,1±13,7	20,9±13,3	<0,01
Spa, мм рт.ст.	137±19	145±22	нд
SI, м/с	7,5±1,3	7,5±1,2	нд
RI, %	38,8±15,6	42,3±19,4	нд

Примечание: p – достоверность различий между группами; нд – различия между группами недостоверны; АС – атеросклероз.

Следует отметить, что нами не было выявлено корреляционной взаимосвязи между параметрами АЖ и толщиной КИМ СА среди обследованных пациентов (p>0,05).

Для изучения взаимосвязи параметров центральной гемодинамики и АЖ со степенью стеноза СА все пациенты распределены на 4 группы: без стеноза, малый стеноз (0-29%), умеренный стеноз (30-49%) и выраженный стеноз (50-69%). Стеноза более 70% среди обследованных нами пациентов не выявлялось.

Нами была обнаружена взаимосвязь между выраженностью АС сонных артерий и индексами аугментации (Aix75, Aix), причем в большей степени для общего индекса усиления (Aix). Так, у больных без АС сонных артерий данный показатель составил 11,1±13,7%, в группе больных ЭГ с малым стенозом – 18,2±13,7%, умеренным стенозом – 23,1±11,3%, выраженным стенозом – 26,1±14,0% (p<0,02-0,001), т.е. наблюдался почти линейный рост индекса усиления по мере возрастания степени стеноза. Сходная тенденция, хотя и менее выраженная, отмечалась в отношении показателя Aix75 (рис.1).



Примечание: * p<0,02, ** p < 0,01, *** p <0,0001 по сравнению с больными 1-ой группы

Рисунок 1. Взаимосвязь показателей артериальной жесткости и центральной гемодинамики со степенью стеноза сонных артерий у больных эссенциальной гипертензией

Для оценки прогностической значимости факторов риска ССЗ и показателей АЖ в развитии КА был проведен многофакторный линейный регрессионный анализ (табл. 3).

Таблица 3.

Влияние традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и показателей артериальной жесткости на наличие и выраженность каротидного атеросклероза у больных эссенциальной гипертензией

Показатели	АС +/-		Число поражен-ных сосудов		% стеноза	
	β	p	B	P	B	P
	F = 5,149; p<0,0001		F = 5,149; <0,0001		F = 7,147; p<0,0001	
Возраст, лет	0,39	<0,0001	0,47	<0,0001	0,31	<0,0001
САД офисное, мм рт.ст.	0,14	= 0,04	-	-	-	-
Сахар, моль/л	-	-	-	-	0,12	=0,09
Aix, %	0,15	=0,04	0,24	<0,05	0,39	<0,004
Aix 75, %	-	-	-0,14	=0,25	-	-
Spa, мм рт.ст.	0,07	=0,31	0,14	<0,03	0,13	=0,09
ОТ, см	-	-	-	-	-0,08	=0,24
SI, м/с	-0,10	=0,15	-	-	-0,08	=0,27

Примечание: β – коэффициент множественной регрессии; F – критерий Фишера; p – достоверность коэффициента множественной регрессии.

При этом были сформированы 3 модели, в которых в качестве зависимых переменных выступали: наличие АС сонных артерий (модель 1), число пораженных сосудов (модель 2) и выраженность КА (в %) (модель 3). В качестве независимых переменных использовались традиционные факторы риска ССЗ (возраст, уровни АД, ОХ, сахара крови, объем талии, ИМТ и статус курения), а также показатели АЖ (Aix75, Aix, Spa, SI, RI).

При анализе полученных результатов оказалось, что независимыми факторами риска наличия КА у больных ЭГ явились: возраст (β=0,39; p<0,0001), уровень САД (β=0,14; p<0,05) и индекс усиления (β=0,15; p<0,05). Число пораженных СА независимо ассоциировалось с возрастом (β=0,47; p<0,0001), индексом усиления (β=0,24; p<0,05) и уровнем центрального систолического АД (β=0,14; p<0,03). Что касается предикторов выраженности КА, то таковыми оказались: возраст (β=0,31; p<0,0001) и индекс усиления (β=0,39; p<0,004) (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о наличии тесной взаимосвязи между АС поражением СА и АЖ у больных ЭГ, в частности с показателями Aix 75 и Aix, которые являются интегральными показателями влияния артериальной ригидности на центральное АД. При этом индекс аугментации (Aix), наряду с возрастом, явился независимым фактором риска наличия АС сонных артерий у больных ЭГ, а также выраженности его проявлений.

Литературы:

1. Чазова И. Е., Ощепкова Е. В. Итоги реализации Федеральной целевой программы по профилактике и лечению артериальной гипертензии в России в 2002-2012 гг. Вестн РАМН 2013; 2:4-11.
2. Кардиоваскулярная профилактика. Национальные рекомендации ВНОК. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2011; 10 (6), прил. 2.

3. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертензии и Всероссийского научного общества кардиологов. Системные гипертензии. 2010; 3: 5-26.
4. Roman MJ, Naqvi TZ, Gardin JM et al. American society of echocardiography report. Clinical application of noninvasive vascular ultrasound in cardiovascular risk stratification: a report from the American Society of Echocardiography and the Society for Vascular Medicine and Biology. Vasc Med. 2006 Nov;11(3):201-11. Review.
5. Теренс М. Артериальное давление и артериальная ригидность в 21-м веке. Материалы симпозиума XIV Российского национального конгресса «Человек и лекарство» 19 апреля 2007 Москва.
6. Williams B[1], Lacy PS, Thom SM et al. Differential impact of blood pressure-lowering drugs on central aortic pressure and clinical outcomes: principal results of the Conduit Artery Function Evaluation (CAFE) study. Circulation. 2006 Mar 7;113(9):1213-25.
7. Vlachopoulos C, Aznaouridis K, Stefanadis C. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with arterial stiffness: a systematic review and meta-analysis. J Am Coll Cardiol. 2010 Mar 30;55(13):1318-27.
8. Mitchell GF, Hwang SJ, Vasan RS et al. Arterial stiffness and cardiovascular events: the Framingham Heart Study. Circulation. 2010 Feb 2;121(4):505-11.
9. Janner JH, Godtfredsen NS, Ladelund S et al. High aortic augmentation index predicts mortality and cardiovascular events in men from a general population, but not in women. Eur J Prev Cardiol. 2013 Dec;20(6):1005-12.
10. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. Lancet. 1991 May 25;337(8752):1235-43.

Objective: *To identify the relationship of arterial stiffness (AF), and central hemodynamic parameters with the development of carotid atherosclerosis (CA) with essential hypertension (EH).* ***Material and Methods:*** *The study involved 155 patients with EH aged 30-70 years. A physical examination, determination of glucose and lipid profile (LDL, HDL and triglycerides), duplex scanning of carotid arteries (CA), the definition of arterial stiffness by pulse wave contour analysis.* ***Results:*** *The index of arterial stiffness - augmentation index (Aix), along with age, was an independent risk factor for atherosclerosis (AS) of the carotid arteries in patients with EH, and the severity of its symptoms.*

УДК 61, 591.432.4: 055.2: 575.22

Рысбекова Г.С., Осумбеков Б.З., Ошская межобластная объединенная клиническая больница

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПРИ УЗЛОВОМ ЗОБЕ У ЖЕНЩИН ОШСКОЙ ОБЛАСТИ

Ключевые слова*: узловой зоб, ультразвуковое исследование, тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия, женщины, йододефицит.*

Резюме. *В работе представлены результаты морфологического исследования тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ) под контролем УЗИ (ультразвукового исследования) узловых образований щитовидной железы размером более 1 см у 24 женщин различных возрастных групп. Из них в 23 случаях результат был информативным, в 1 случае полученный материал был неинформативен.*

Корутунду. *Иште УЗИнүн (ультраүндүк изилдөө) көзөмөлү менен түрдүү жаш куракгагы 24 аялдын 1 смден ашык өлчөмдөгү калкан сымал безинин түйүндүү жараттарын морфологиялык изилдөө аркылуу ичке аспирациялык (бүтөлгөн) пункциялык биопсияны (ИАПБ) морфологиялык аныктоонун натыйжалары берилди. Алардын ичинен 24 учур маалымат берүүгө ылайыктуу болсо, 1 материал жашыруун түргө ээ болду.*

Актуальность. Узловые зоб (УЗ) – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологии объемные образования щитовидной железы (ЩЖ), выявляемые с помощью пальпации и визуализирующих инструментальных методов диагностики. В регионах с умеренным йодным дефицитом узловые образования ЩЖ встречаются не менее чем у 1/3 женщин в возрасте старше 30лет. Хронический дефицит йода приводит к высокой распространенности узлового (УЗ) и многоузлового (МУЗ) зоба, особенно в старшей возрастной группе. Если в странах с достаточным потреблением йода распространенность УЗ составляет 5-10% [1,2,5], то в условиях дефицита йода она может достигать 30-40% [3]. У детей и подростков распространенность УЗ невысока, и составляет от 0,05 до 1,5% [4], а наиболее часто УЗ и МУЗ встречаются у лиц пожилого возраста [7,8].

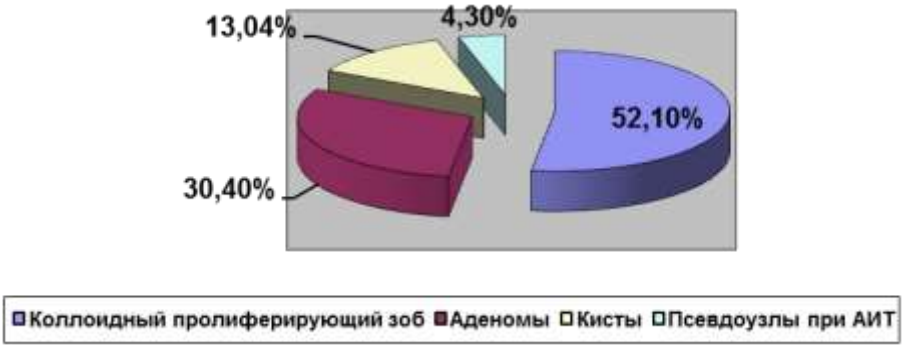
Использование ТАПБ под контролем УЗИ существенно изменило, подходы к лечению УЗ и снизило его стоимость благодаря значительному уменьшению количества ненужных оперативных вмешательств.

Целью настоящей работы явилось изучение морфоструктуры узловых образований ЩЖ размерами более 1см у женщин репродуктивного и старшего возрастов.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 168 женщин, имеющих различную тиреоидную патологию, в возрасте от 17 до 70 лет. С учетом возраста, обследованные были распределены на 2 группы: 1-ую группу составили 110 пациенток репродуктивного возраста (17-40 лет), средний показатель возраста - 27$\pm$0,69 лет; 2-ую группу - 58 женщин старше 40 лет, средний показатель возраста составил 46,4$\pm$1,53 лет. Всем больным наряду с клиническими (осмотр, пальпация) и лабораторными исследованиями, проведено УЗИ щитовидной железы, при этом использован ультразвуковой аппарат с датчиком 7,5 МГц для оценки эхоструктуры, размеров узловых образований и ТАПБ 24 больным с УЗ. Техника выполнения ТАПБ: Пункция осуществлялась под контролем УЗИ при положении пациента лежа на спине с запрокинутой головой, с использованием плечевого мягкого валика высотой 10см. Место инъекции обрабатывалось 95% спиртом, пункция производилась иглами с диаметром просвета меньше 0,9мм. Игла вводилась под углом 20–45 градусов к датчику. Кончик иглы визуализировался на экране монитора в виде гиперэхогенной точки. Забор материала производился из 4 точек по периферии и из центра узла. Создавая в шприце отрицательное давление, набирали в иглу материал, который после извлечения шприца наносили на предметное стекло и формировали тонкий мазок для последующего цитологического исследования. У каждой пациентки исследовано как минимум по 2 препарата.
Цитологическое исследование мазков проводилось в морфологической лаборатории Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Результаты исследования и обсуждение. При УЗ исследовании у 34 из них обнаружены узловые образования различных размеров, все подозрительные по данным УЗИ образования были пропунктированы. Пункционная биопсия узлов была выполнена 24 пациенткам из 34 женщин: репродуктивного(n=20, средний возраст 32,2$\pm$1,37) и старшего возрастов (n=14, средний возраст 50,72$\pm$0,75). Остальные 10 женщин из 34-х либо отказывались от проведения процедуры, либо не являлись на нее. В результате по данным цитологической лаборатории в нозологической структуре узлового зоба абсолютно преобладает коллоидный пролиферирующий зоб (52,1%). У 30,4% больных обнаружена цитологическая картина фолликулярной аденомы. Кисты диагностированы у 4 (13,04%), аутоиммунный тиреоидит с псевдоузлами наблюдался у 1(4,3%). Полученные

результаты демонстрируют, что проживание в очаге йодного дефицита для женщин является риском прогрессирования патологии ЩЖ и манифестации ее более грубых вариантов (узлообразование). 25,2% женщин репродуктивного возраста и 58,6% женщин старше 40 лет, проживающих в очаге йодного дефицита, независимо от тиреоидной патологии имели очаговые образования в ЩЖ. Узловой коллоидный пролиферирующий зоб оказался самым частым морфологическим изменением в структуре клинического понятия «узловой зоб», при ТАПБ диагностирован в 52,1% случаях.



Как видно из данных рисунка, полученное соотношение характеризует и общепопуляционную закономерность, в соответствии с которой в нозологической структуре узлового зоба абсолютно преобладает коллоидный пролиферирующий зоб. Диагностическая точность цитологического исследования кистозно-измененных узлов была ниже, чем солидных, хотя полученную из узлов жидкость центрифугировали и исследовали только осадок. Цвет полученной из кисты жидкости был от прозрачного бесцветного до буро-коричневого.

Выводы. Таким образом, у женщин репродуктивного и старших возрастов выявлена разнообразная тиреоидная патология, приводящая к различным структурным изменениям ЩЖ. Проживание в очаге йодного дефицита для женщин является риском прогрессирования патологии ЩЖ и манифестации ее более грубых вариантов (узлообразование). Узловой КПЗ оказался самым частым морфологическим изменением в структуре клинического понятия «узловой зоб», при ТАПБ диагностирован в 52,1% случаях.

Литературы:

1. Герасимов Г.А. Дифференциальная диагностика и выбор метода лечения при узловом зобе / Г.А.Герасимов, Е.А. Трошина // Пробл.эндокринол. – 1998. - №5. - С.35 - 41.
2. Дедов И.И. Диагностика, лечение и профилактика узловых форм заболеваний щитовидной железы / И.И. Дедов, Е.А. Трошина, Г.Ф. Александрова. - М., 1999. - 48с.
3. Деланж Ф. Йодный дефицит в Европе – состояние проблемы на 2002 год / Ф. Деланж // Thyroid International. - 2002. - №5.
4. Кияев А.В. Заболевания щитовидной железы у детей и подростков в йододефицитном регионе (эпидемиология, дифференциальная диагностика, терапевтическая тактика) / А.В.Кияев: Автореф. дис. … канд. мед. наук. – Москва, 2008. – 44с.
5. Трошина Е.А. Современные принципы лечения диффузного эутиреоидного зоба / Е.А. Трошина // Вестник эндокринологии. - 2008. - №1(9). – С.41 - 44.
6. AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS MEDICAL GUIDELINES FOR CLINICAL PRACTICE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROID NODULES //AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules – Endocr.Pract. – 2006 – Vol. 12. – P. 63 – 102.

7. The spectrum of thyroid disorders in an iodine-deficient community: the Pescoporgano survey / F. Aghini-Lombardi, L. Antonangeli, E. Martino et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1999. – Vol.84, №2. – P.561 - 566.
8. Laurberg P. Low incidence rate of overt hypothyroidism compared with hyperthyroidism in an area with moderately low iodine intake / P. Laurberg, I. Bulow Pedersen, K. M. Pedersen // Thyroid. – 1999. – Vol.9. – P.33 - 38.

Resume. *The work presents the results of morphological studies of fine-needle aspiration biopsy (FNAB) under ultrasound of thyroid nodules larger than 1 cm in 24 women of different age groups. In 23 cases the result was informative and in 1 case obtained material was not informative.*

УДК: 615:038

[1]Сакибаев К.Ш., [2]Мамасаидов А.Т., [3]Абдурашитова Д.И., [4]Абдурахманова Ф.А., [1]Оморалиева Ч.Ш., [1]Исаков У.К.
[1]Ошская межобластная объединенная клиническая больница, [2]Южный филиал Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации, [3]Ошский государственный университет, [4]"К.О.Ромфарм"

АЛФЛУТОП:ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА

Цель. *Изучить клиническую эффективность и переносимость препарата Алфлутопа у больных ОА при различных схемах его введения.*
Материалы и методы. *В нашем исследовании были включены 90 больных с достоверным диагнозом ОА. Средний возраст больных – 55,7±10,0 лет , среди них женщины-68, мужчины – 22. Пациенты были разделены на 2 сходные по всем параметрам группы по 45 чел. Больные 1-ой группы получали алфлутоп в/м по 1 мг/сут в течении 20 дней, 2-ой –в/суставно (в/с) по 2мл 2 раза в нед. (всего 6 инъекций за 3 нед.), с последующим в/м введением препарата в течение 20 дней. За 18 месяцев испытания каждый больной получил 3 соответствующих курса алфлутопа.*
Результаты. *Препарат Алфлутоп достоверно снижал выраженность боли в суставах в покое и при движении, измеряемой по ВАШ и индексу WOMAC, во всех группах, а также положительно влиял на функцианальную активность пациентов (по индексу WOMAC). По оценке врача положительный эффект после окончания 3-го курса был отмечен у 88% больных пациентов 1-ой группы, а у 95% - 2-ой группы. Переносимость препарата была достаточно хорошей:алфлутоп был отменен лишь у 3-х больных из-за побочных реакций (дерматит на месте в/м введений и значительное усиление боли после в/с введения).*
Заключение. *Алфлутопприв/мив/примененияоказываетобезболивающее,антивоспалительное и возможное хонропротективное действие у больных ОА.*

Максаты: *Остеартроз (ОА) менен жабыркаган бейтаптарда Алфлутоп дарысын ар түрдүү колдонуу жолдору менен анын клиникалык эффективдүүлүгүн жана кабыл алынуусун изилдөө.*
Материалдар жана ыкмалар: *Биздин изилдөөгө ОА дарты тастыкталган 90 бейтап камтылган. Бейтаптардын орточо жаш курагы 57,7 ±10,0 болсо, алардын 68ин аялдар жана 22син эркектер түзгөн. Бейтаптар негизинен 45тен болуп эки окшош топко бөлүнгөн. Биринчи топтогу бейтаптар Алфлутоп дарысын булчуң ичине (б-и) 1 мл суткасына 20 күн алышса, ал эми 2-чи топтогу бейтаптар муун ичине 2 мл аптасына*

2 жолудан (жалпысынан 3 аптада 6 иньекция) алышып, андан кийин гана 20 күн бою дарыны б-и саюу улантылган. Ар бир бейтапка 18 ай ичинде 3 дарылоо курсу жүргүзүлгөн.

Жыйынтыктар: *Бардык топтогу бейтаптарга визуалдык аналогдук шкала (ВАШ) жана WOMAC индекси боюнча жүргүзүлгөн изилдөөдө Алфлутоп дарысы муундардагы ооруунун деңгээлин тынч абалда жана кыймыл-аракетте даана төмөндөткөн, ошондой эле бейтаптардын функционалдык активдүүлүгүнө оң таасирин тийгизген. Дарыгердин аныктоосу боюнча 3-чү дарылоо курсунан кийин 1-чи топтогу бейтаптарда 88%, ал эми 2-чи топтогуларда 95% оң жыйынтык болгон. Ал эми дарынын организмде кабыл алынуусу да сезилээрлик жакшы болгон: болгону Алфлутопту берүү 3 бейтапта гана анын жеке кошумча таасирлеринен (б-и берүүдө дерматиттин жана муун ичине куюда муундагы «ооруу» белгисинин күчөгөндүгүнөн улам) токтотулган.*

Корутунду: *Алфлутоп дарысы ОА менен жабыркаган бейтаптарда булчуң ичине жана муун ичине куюп колдонууда ооруну басандатуучу, сезгенүүгө каршы жана хондропротективдик оң таасирлерге ээ болот.*

Актуальность

Ревматические болезни, в частности остеартроз (ОА) -это тяжелое заболевание опорно-двигательного аппарата, сопровождающееся поражением всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, субходральной кости, синовиальной оболочки, при этом в воспалительный процесс так же вовлекаются околосуставные мягкие ткани, все вместе резко ограничивают объем движений в суставах[1].

На протяжении длительного времени к ОА относились как к проявлению естественного биологического процесса старения, и действительно с возрастом частота заболевания увеличивается, у лиц старше 50 лет она составляет 27%, а возрасте старше 60лет достигает 97 %, что ставит возраст в ряд основных факторов риска развития данной паталогии[2, 3].Однако в исследованиях последних лет получены убедительные доказательства нозологической самостоятельности ОА, что дает основание отличать его от возрастных дегенеративных изменений в сустава[4].Остеартроз является одним из причин преждевременной потери трудоспособности и инвалидности[5].

Лечение ОА является достаточно сложной задачей, оно по-прежнему остается в основном симптоматическим с применением анальгетиков и противовоспалительных средств.Но используемые эти методы терапии ОА не могут считаться удовлетворительными, поэтому продолжается поиск новых лекарственных препаратов, которые могли бы не только уменьшит болевой синдром , но изамедлить прогрессирование суставной деструкции, тем самым предотваратить или отсрочив нарушение функции суставов и развитие инвалидности.Одним из таких препаратов является биотехнологический препарат алфлутоп (Ромфарм-Румыния), стерильный экстракт из морских рыб четырех видов[6,7]. Согласно эксперементальнымданным он обладает универсальным свойством одновременно стимулировать синтез гиалуриновой кислоты и тормозит активность гиалуронидазы, также сочетание позволило предположить,что алфлутоп может оказать потогенетическое терапевтическое действие при ОА. Основание для подобного предположения и тем самым для клинического применения алфлутопа послужили известные данные о важнейшей роли гиалуроновой кислоты в поддержании нормальной структуры и функции суставного хряща[8].

Гиалуроновая кислота служит основой препаратов протеогликанов, которые наряду с коллагеном являются главным компонентом основного вещества хряща. В высоких концентрациях она усиливает синтез протеогликанов и тормозит активность металлопротеиназ (в частности коллагеназы), разрушающих хрящ.В синовиальной жидкости гиалуроновая килота выполняет роль любриканта, т.е. уменьшает трение между

соприкасающимися структурами сустава.Весьма вероятно также, что при достаточно высокой концентрации в суставной полости она способна уменьшить проявления вторичного синовита за счет подаления, включая цитокины.Способность алфлутопа олновременно увеличивать синтез гиалуроновой кислоты и уменьшать ее деградацию позволяет рассматривать его как весьма перспективный препарат для лечения ОА, поскольку при этом заболевании продукции гиалуроновой кислоты и протегликанов фибробластов суставных тканей снижена. Первые клинические испытания подтвердили эффективность [9-12].

Материалы и методы

В нашем исследовании были включены 90 больных с достоверным диагнозом ОА. Средний возраст больных – 55,7±10,0 лет, среди них женщины -68, мужчины - 22. Средняя длительность заболевания составляла 8±6,0 лет, средняя длительность обострения –10,1±3,5 мес. Первая рентгенологическая стадия ОА установлена у 5 больных , вторая у- 52, третья – 33 . Фунциональная недостаточность суставов (ФНС) II степени была у -57,ФНСIIIстепени - у 33.

Для максимальной объективной оценки терапевтического потенциала и переносимости алфлутопа при различных способах его назначения в нашем отделении было проведено расширенное исследование препарата в течении 18 мес.За этот период больные получали 3 курса алфлутопа с 6 мес перерывом. Использовались 2 схемы применения алфлутопа :

1.Внутримышечное(в/м) введение по 1 мл в день в течении 20 дней.

2.Внутрисуставное (в/с) введение в полость коленного сустава по 2 мл 2 раза в нед(с интервалом в 3-4 дня) в течении 3 нед (на курс 6 в/с инъекций).После завершения в/с инъекций проводилось в/м введение алфлутопа в течении 20 дней.Это схема далее сокращенно обозначается как в/с+в/м.

Пациенты были разделены на 2 группы (по 45 человек в каждой), которые получали алфлутоп соответственно 2 привиденным выше схемам его назначения.Больным разрешался прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в той стабильной дозе, на фоне которой произошло назначение алфлутопа. Группы были сопоставимы по полу, возраста, длительности заболевания и текущего обострения.

Первая схема лечения алфлутопом применилась у больных с преимущественным узелковой формой ОА или коксоартрозом, а 2я схема у пациентов преимуществнно с гонартрозом.

В качестве основных критериев лечебного эффекта избраны выраженность боли в покое и при движениях по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) индекс WOMAC(оценивающийся до начала каждого курса и после его окончания), показатели УЗИ исследования суставов (толщина синовиальной оболочки гиалинового хряща коленных суставов перед назначением алфлутопа и после окончания 3го курса) и результаты рентгенологического исследования суставов (перед первым назначением алфлутопа и через 18 мес после него).

Результаты и обсуждение

Исследование закончили 86 больных. Трое больных выбыли в связи побочными эффектами, один с неэффективностью препарата.

В результате лечения алфлутопом достоверное клиническое улучшение было достигнуто у большинства больных как при в/м, так и при в/с введении препарата на всех этапах исследования. Первые признаки улучшения (прежде всеого уменьшения боли при движениях) отмечались обычно в середине курса лечения.

При изучении динамики болевого синдрома под влиянием алфлутопа оказалось, что препарат достоверно уменьшил выраженность боли во всех группах больных.Это относится к общей оценке боли в покое, и при движении (рис. 1-2), а также к ее оценке по индексу WOMAC.

Аналогичная закономерность была выявлена и при анализе положительного влияния алфлутопа на функциональную активность ОА (рис.3).

Рисунок 1

Динамика боли в покое (ВАШ) под влиянием алфлутопа

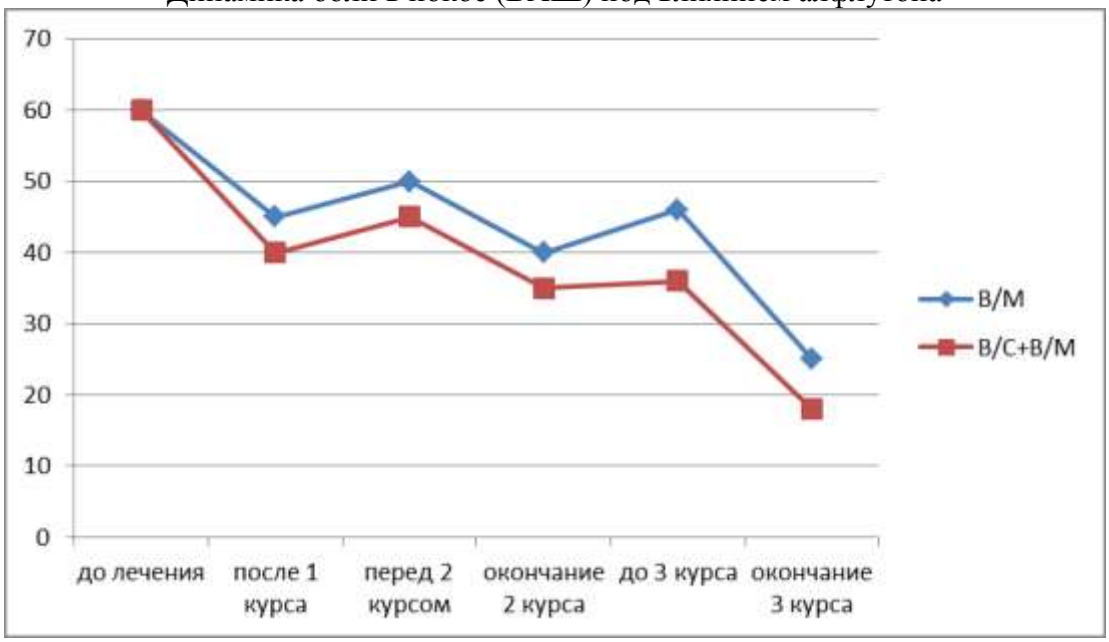


Рисунок 2

Дтинамика боли при движении (ВАШ) на фоне терапии алфлутопа

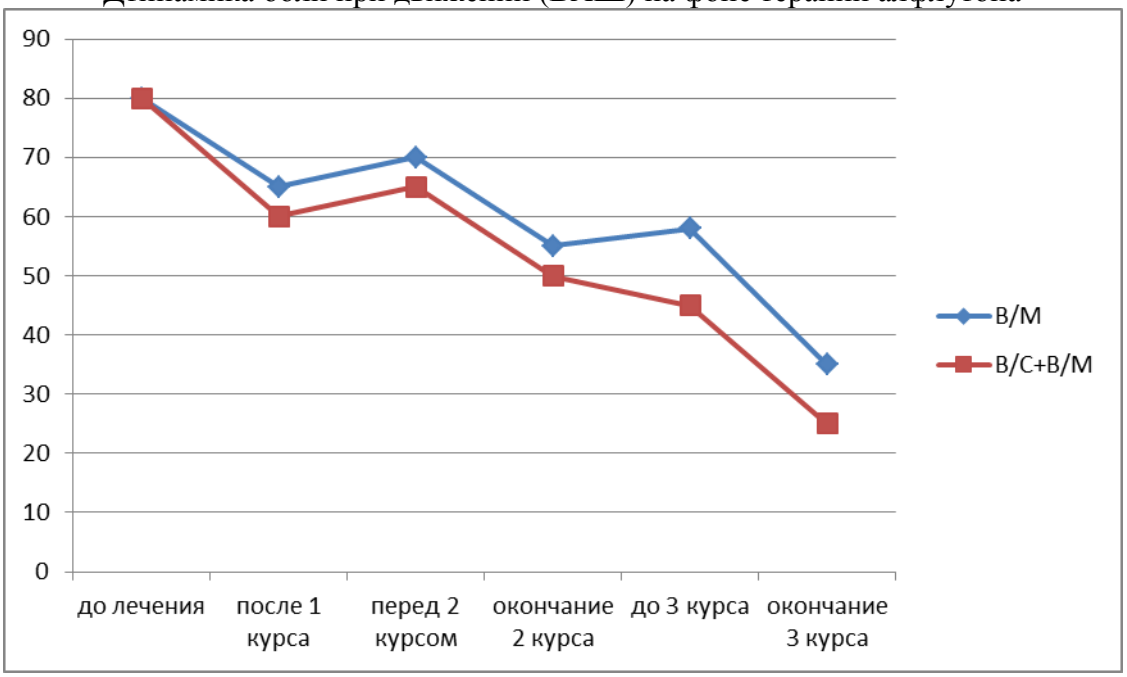
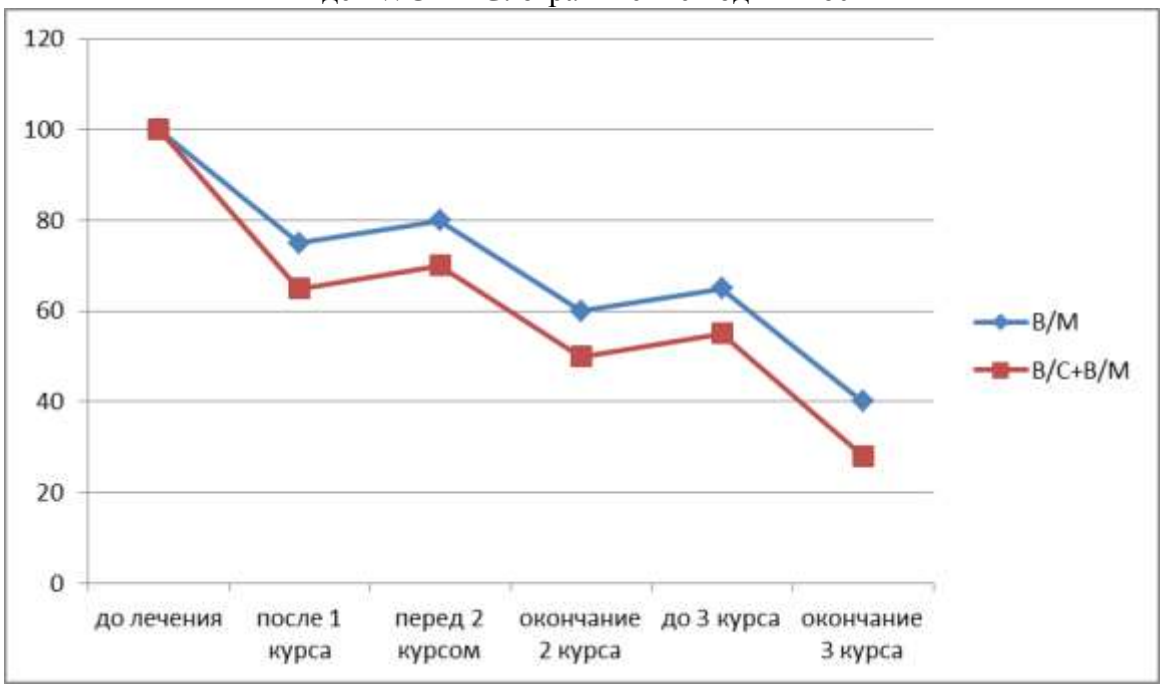


Рисунок3

Индек WOMAC: ограничение подвижности



Положительный лечебный эффект алфлутопа по оценке врача (значительное улучшение и улучшение) после первого курса наблюдался при в/м введении у 75% пациентов, а прив/с+в/м введениях– у 81%. После окончания второго курса лечения при в/м введении положительный эффект отмечен у 84% больных, а при в/с+в/м –у 91% .К концу третьего курса терапии алфлутопом положительный эффект наблюдался при в/м введении у 88% больных, а при в/с+в/м введениях – у 95%.

Особенно важными оказались данные УЗИ о влиянии алфлутопа на толщину суставного гиалинового хряща и синовиальной оболочки коленного сустава при ОА. Эти показатели достоверно улучшились только при сочетании в/с и в/м применении алфлутопа. Таким образом, результаты сочетанного исследования алфлутопа объективно продемонстрировали противовоспалительное и вероятное хондропротективное действие этого препарата (в частности при гонартрозе).

Достоверного прогрессирования рентгенологических признаков поражения суставов через полутора года после начала лечения алфлутопом не было отменено.

Переносимость алфлутопа была хорошей.Лишь, у одного больного развился дерматит в области в/м инъекций и у двух пациенток усиление болей в суставах, в связи с чем был отменен. Побочные эффекты, не потребовавшие отмены алфлутопа лишь у 3 больных и представляли собой небольшое усиление болей (во время второго курса в/с инъекций).

Суммируя изложенные материалы, можно заключить что алфлутоп является эффективным и хорошо переносимым препаратом. Он не только уменьшает боль и другие клинические и ультрасонографические проявления вторичного синовита у большинства больных с ОА (в частности происходит достоверное (P=0,02-0,04) уменьшение толщины синовиальной оболочки коленного сустава) но, возможно, способен также оказать положительное влияние на структуру суставного хряща . Последнее подтверждается фактом достоверного (p>0/05) уменьшение толщины медиальных и латеральных отделах коленного сустава после окончания сочетанного в/м и в/с применения этого препарата. В связи с этим препарат Алфлутоп заслуживает более широкого применения в терапии больных ОА как противовоспалитольного, так и хондропротективного действия.

Выводы:

1. Полученные данные свидетельствуют о возможности широкого применения препарата Алфлутопа в комплексном лечении ОА.
2. Препарат Алфлутопвосстанавливает двигательную активность, снижает интенсивность боли, улучшает функциональную способность пораженного сустава.
3. Высокая клиническая эффективность и хорошая переносимость препарата Алфлутопаоткрывает широкие перспективы его использования для успешного лечения больных ОА.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Ревматология: Клинические рекомендации. – 2-е изд., испр. и доп. – М. :ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 752 с.
2. Беневоленская Л.И. Эпидемиология ревматических заболеваний – вчера и сегодня. В кн. Избранные лекции по клинической ревматологии(под ред. В.А. Насоновой и Н.В. Бунчук Медицина .М.2001 14-20
3. Felson D/T/ Epidemiology of hip and knee osteoarthritis || Epidemiol. Rew. – 1988. – Vol. 10. – P. 1-28.
4. Чичасова Н.В.,АлексееваЛ.И.,Беневленская Л.И. и др.Новое направление в лечении остеоартроза-комбинированная терапия хонроитин-сульфатом глюкозолина гидрохлоридом // РМЖ. - 2004. – Т. 12. - №23. - С.1337-41.
5. Коршунов Н.И. , Баранова З.Я., Парусова Н.И. и др. Алфлутоп в лечении больных остеоартрозом .Росс. ревматология. – 1998. - №2 . – С. 26-31.
6. Гроппа Л., Мынзату И., Карасава М идр., Эффективность алфлутопа у больных деформирующим остеартрозом // Клинческая ревматология. – 1995. - №3. – С.20-22.
7. Чичасова Н.В. Место медленнодействующих препаратов в рациональной терапии деформирующего остеартроза // Consiliummedicum. – 2005. – Т.7. - №8. – С.634-38.
8. Лукина Г.В.,Сигидин Я.А., Чичасова Н.В. и др. Алфлутоп в терапии остеартроза // Научно-практическая ревматология. – 2004. - №3. – С.52-54.
9. Гроппа Л.Г.,Карасава М. и др. Эффективность алфлутопа у больныхдеформирующим артрозом // Клин. ревматология. - 1995. - 3. – С. 20-22.
10. Лукина Г.В.,Сигидин Я.А. Опыт применения препарата алфлутоп в лечении остеоартроза // Клин. Ревматология. – 1996. - №4. – С. 40-43.
11. Лукина Г.В.,Сигидин Я.А. Хондропротективный препарат Алфлутоп в лечении остеоартроза //Научно-практ. Ревматология. – 2001. - №2. – С. 51-53.
12. MankinH.S.,Brand K.O. Biochemistry and metabolism of cartilage in Osteoarthritis // In Osteoarthritis Diagnosis and Management, ed. By Moskowitz R.W., Hawell D.S., Goldberg V.M. et all Philadelphia, W.B. Saunders. – 1992. – P. 109-154

ALFLUTOP: CLINICAL EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS

[1]Sakibaev K,SH., [2]Mamasaidov A.T., [3]Abdurashitova D.I., [4]Abdurahmanova F.A., [1]Omoralieva Ch.Sh., [1]Isakov U.K.

[1]Osh interregional united clinical hospital, [2] Southern branch of the Kyrgyz State Medical Institute of Postgraduate and Continuous Education, [3]Osh State University, Osh, [4]"K.O.Rompharm"

The aim. *Explore the clinical efficacy and tolerability of Alflutop in OA patients with different schemes of administration.*

Materials and methods. *Our study included 90 patients with a documented diagnosis of OA. The average age of patients - 55,7 ± 10,0 years, including 68 women, men - 22. Patients were divided into two similar groups in all respects by 45 people. First group patients received alflutop intramuscularly (im) 1 mg / day for 20 days, the second – intra-articular (i-a) 2 ml 2 times a week (a total of 6 injections for 3 weeks),*

followed by the im injection of the drug for 20 days. During 18 months of testing, every patient received 3 appropriate courses of Alflutop.
Results.*Alflutop significantly reduced the severity of joint pain at rest and in motion, measured by VAS and WOMAC index, in all groups, also there was a positive effect on the functional activity of patients (index WOMAC). According to the doctor, a positive effect after the end of the third course was noted in 88% of patients of the first group, and 95% - of the second group. Tolerability was good enough: alflutop was repealed only in 3 patients due to adverse reactions (dermatitis after im and significant increase of pain after i-a injection).*
Conclusion.*Alflutop with the im and i-a application has analgesic, anti-inflammatory and potential chondroprotective effect in patients with OA.*

УДК: 616-002.5

Сулайманова А.С., Каратаева Г.Т., Чубаков Т.Ч.

ВЛИЯНИЕ НЕПРЕРЫВНОГО ОБУЧЕНИЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

В работе представлены результаты влияния непрерывного обучения врачей первичной медико-санитарной помощи по вопросам межличностного общения на качество медицинского обслуживания, отношение медицинских работников к пациентам и приверженность больных к противотуберкулезной терапии. В целях оценки межличностного обучения были использованы методы наблюдения и интервьюирования.
Ключевые слова: непрерывное обучение, навыки межличностного общения, наблюдение, интервьюирование, туберкулез, приверженность к противотуберкулезной терапиии.

Макалада биринчи медициналык-санитардык жардамдын дарыгерлеринин, инсандардын ортосундагы медициналык тейлөөнүн сапаты, медицина кызматкерлеринин бейтаптарга болгон мамилеси жана оорулуулардын кургак учукка каршы дарылануусунун берилгендиги тууралуу үзгүлтүксүз окутуунун таасиринин жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Инсандардын ортосундагы окутуунун максаттарын баа берүү үчүн көзөмөлдөө жана маектешүү ыкмалары колдонулган.
Негизги сөздөр: үзгүлтүксүз окутуу, көзөмөлдөө, маектешүү, кургак учук, кургак учукка каршы дарылануга берилгендиги.

Приверженность к противотуберкулезной терапии играет центральную роль в борьбе с туберкулезом, так как она напрямую связана с эффективностью проведенных курсов лечения и показателями излечения, а также имеет обратно-пропорциональную связь с отрицательными исходами лечения и распространением лекарственно-устойчивых форм заболевания(2).

Медицинские работники (семейные врачи, медицинские сестры, фельдшеры ФАПов) первичного звена играют центральную роль в стимулировании приверженности у пациентов с ТБ, так как они отвечают за наблюдение в поддерживающую фазу лечения туберкулеза и, в некоторых случаях, даже за проведение интенсивной фазы терапии. Медицинские работники первичного звена способны помочь своим пациентам соблюдать предписанный режим противотуберкулезного лечения, так как, в отличие от других медработников, у них с большой вероятностью сложились отношения с пациентами, они знакомы с их социально-экономической ситуацией семей и условиями быта и жизни. Кроме того, медицинские работники первичного звена зачастую осведомлены о трудностях, с которыми сталкиваются пациенты с ТБ в обществе и семьях, такими, как стигма и изоляция.

Значение сильных поддерживающих взаимоотношений между медицинским работником и пациентом с ТБ невозможно переоценить; плохие отношения лечащий врач - пациент были названы основной причиной несоблюдения пациентами терапевтического режима (2,4,5). Успех лечения во многом зависит от степени, в которой это лечение организовано так, чтобы отвечать потребностям пациента, и единственным способом достичь этого является создание медицинским работником первичного звена обстановки, в которой пациент может свободно высказать свои опасения, потребности, вопросы и желания, касающиеся лечения.

Работники здравоохранения должны учесть наиболее важные факторы для каждого отдельного пациента и сделать все возможное, чтобы помочь пациентам преодолеть эти препятствия или успешно пройти лечение. Столь же необходимо, чтобы медучреждения проанализировали свои внутренние процессы (как организованы их услуги) и постарались выявить проблемные зоны и разрешить проблемы, которые создают потенциальные препятствия к успешному лечению ТБ. В соответствии с этим, Стандарт 7 Международных стандартов лечения ТБ (2006) гласит: каждый врач, лечащий пациента с туберкулезом, принимает на себя большую ответственность системы здравоохранения. В рамках этой ответственности, врач должен не только назначить соответствующую схему лечения, но также и уметь оценить приверженность пациента к соблюдению предписанного терапевтического режима, и решить проблему слабой приверженности пациента, если такое случается. Выполняя эту задачу, медработник сможет обеспечить приверженность соблюдению терапевтического режима до полного завершения курса лечения (7).

Чтобы добиться излечения больного и предотвращения развития лекарственной устойчивости (особенно к рифампицину), нужно быть уверенным в том, что больной в действительности получает терапию. Аккуратность лечения больного при химиотерапии означает, что больной принимает каждую дозу препарата в соответствии с назначенной ему схемой лечения. Невозможно заранее предсказать, кто из больных окажется настолько дисциплинированным, что сможет самостоятельно принимать лекарства. Хотя наличие некоторых факторов (бездомность, внутривенное потребление наркотиков, алкоголизм) позволяет предположить слабую приверженность к соблюдению терапевтического режима, большинство пациентов, не соблюдающих режим, не имеет этих факторов риска (6).Единственный способ добиться уверенности в аккуратности лечения больных – проводить лечение под непосредственным контролем. Это означает, что медицинский работник или иное уполномоченное лицо каждый раз наблюдает за тем, как больной принимает таблетки, обычно это называется “лечение под непосредственным наблюдением” (DOTS).

Лечение под непосредственным наблюдением не должно рассматриваться как окончательная цель организации лечения ТБ; но его следует рассматривать, как инструмент для своевременного выявления прерывания лечения и определения факторов, которые мешают пациенту соблюдать терапевтический режим. По этому поводу Кокрановский обзор 2007 года 11 рандомизированных контролируемых исследований DOTS, проведенных в различных регионах, включая страны с низким, средним и высоким уровнем жизни, не подтвердил преимущества DOTS в отношении процента излеченных и завершивших полный курс лечения, по сравнению с самостоятельным приемом пациентом назначенных препаратов (8).

С другой стороны, ряд отдельных клинических исследований, изучавших DOTS как часть более широкого пакета услуг, направленных на укрепление приверженности пациентов к соблюдению терапевтического режима, показал значительное улучшение исходов при лечении по системе DOTS - повышение процента успеха лечения (3,6), снижение процента перерывов лечения (2), снижение уровня заболеваемости ТБ (4);

снижение частоты развития первичной и приобретенной лекарственной устойчивости (10); снижение процента рецидивов заболевания (9).

Программы, проводящие DOTS как “глотание таблеток под наблюдением”, без дополнительных услуг, помогающих пациентам преодолеть препятствия, приводящие к прерыванию лечения, скорее всего не достигнут основных целей DOTS. Значение DOTS заключается в ранней идентификации пациентов, которые, по той или иной причине, не могут или не хотят принимать назначенные им противотуберкулезные препараты. Это дает медицинскому работнику возможность помочь пациенту определить и преодолеть препятствия к лечению. В соответствии с этим, в Международных стандартах по лечению ТБ (2006) указано, что для того, чтобы поддержать и оценить приверженность, для всех пациентов должен быть сформирован пациент-ориентированный подход к проведению медикаментозной терапии, основанный на потребностях пациента и взаимном уважении между пациентом и медицинским работником. Наблюдение и поддержка должны учитывать особенности пола и возраста и охватывать весь спектр рекомендуемых вмешательств и доступных поддерживающих услуг, включая консультационные и образовательные.

Центральным элементом пациент-ориентированной стратегии является применение мер оценки и поддержания приверженности пациентов соблюдению терапевтического режима, а также устранение причин низкой приверженности к терапии, когда такое случается. Такие мероприятия должны быть увязаны с личными обстоятельствами пациента и должны быть приемлемы как для пациента, так и для медицинского работника. Абсолютно ясно, что в проведении DOTS необходима гибкость с адаптацией к различным местам проведения терапии, удобным для пациента. Основной целью наблюдения за проведением терапии является разрушение препятствий, которые могли бы ограничить доступ пациента к лечению, сделать его более затруднительным и способствовать приверженности пациента лечению (Руководство по лечению туберкулеза ВОЗ, 4-е издание).

Целью данного исследование явилось изучение влияния непрерывного обучения (повышение квалификации) семейных врачей и фтизиатров по вопросам межличностного общения на качество медицинского обслуживания, отношение медицинских работников к пациентам и приверженность больных туберкулезом к противотуберкулезной терапии.

Материалы и методы исследования.

Для реализации поставленной задачи нами был проведен сравнительный анализ данных мониторинга, оценки деятельности врачей ПМСП и мнения больных туберкулезом

Для оценки навыков межличностного общения (МЛО) были выбраны следующие методы: наблюдение и интервьюирование. Наблюдение производилось обученными врачами - наблюдателями с помощью листа наблюдения. Лист наблюдения отражал показатели навыков МЛО, состоящих из разделов: навыки межличностного общения; знание; использование вспомогательных материалов; отношение медработников к пациентам и их энтузиазм. Индикатором служила сумма балов, которую набрали медицинские работники.

Цель интервьюирования заключалась в определении удовлетворенности пациента предоставленной медицинской помощью. Опрос пациентов проводился сразу после посещения медработника. С пациентом проводилась беседа «один на один» с использованием опросного листа.

Данное исследование проводилось в два этапа – до проведения обучения и после проведения обучения семейных врачей и фтизиатров по навыкам МЛО и повышению приверженности к противотуберкулезной терапии больных туберкулезом. Обучение медицинских работников проводилось на кафедрах семейной медицины и фтизиопулмонологии КГМИПиПК по новой разработанной учебной программе, основанной на принципах доказательной медицины, и с широким применением

интерактивных методов преподавания. Всего было проведено 80 наблюдений за 25 врачами. При оценке навыков межличностного общения (МЛО) наблюдатели уделяли внимание использованию основных необходимых навыков для хорошего общения и консультирования.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общим показателем навыков МЛО является сумма 12 навыков МЛО, определяющих эффективное межличностное общение (рис.1.).

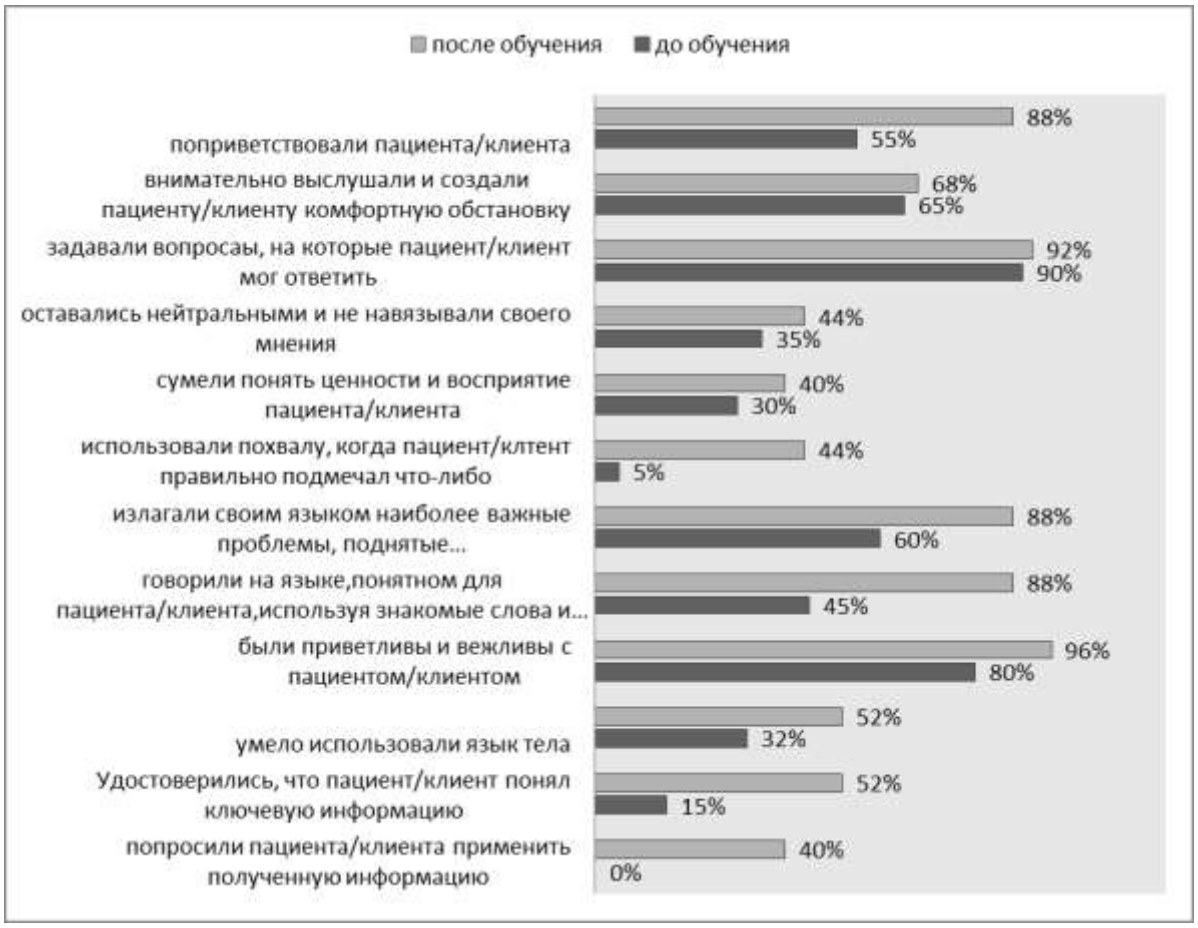


*Рис. 1.*Навыки МЛО

При проведении данного наблюдения было отмечено, что 88,0% врачей приветствовали своих пациентов и здоровались с ними. Данный показатель после обучения улучшился на 33,0%.Было также отмечено, что медицинские работники все-таки старались называть пациентов по именам. К сожаленью, только 68,0% врачей внимательно выслушивали своих пациентов и старались создать комфортную обстановку, хотя этот показатель улучшился лишь на 3% по сравнению с наблюдением до проведения обучения. В 92,3% случаях врачи старались говорить на доступном языке и задавали вопросы, на которые пациент мог бы ответить. Этот показатель улучшился Всего на 2,0%. К сожаленью, в 44% случаев врачи не считались с мнением пациентов, с его ценностями и старались навязать свою точку зрения относительно поведения или обсуждаемой проблемы здоровья, несмотря на то, что этот показатель улучшился лишь на 9%,т.е он все-таки остается заметно низким. Следовательно, очень трудно изменить привычку суждения «я врач, я знаю лучше и не спорь!».

Во время наблюдения был отмечен тот факт, что после обучения врачи чаще стали хвалить, поощрять и отмечать положительное поведение пациентов, и этот показатель после обучения улучшился с 5,0% до 44,0%. В 88,6% случаев врачи старались излагать на

понятном, простом языке важные для пациента проблемы, старались перефразировать непонятные для пациента термины, этот показатель улучшился на 28% на фоне обучения. Во время наблюдения 96,0% медработников старались быть вежливыми и доброжелательными и этот показатель вырос на 16,0%. Что касается невербального общения, то наше наблюдение показало, что несмотря на то, что показатель не очень высокий – всего 52%, все же врачи начали обращать внимание на невербальный тип общения, старались поддерживать зрительный контакт с пациентом, при необходимости уместно жестикулировали. Если в предыдущей оценке (до обучения), только в 15% случаях медработники убеждались в том, как пациент старались провести обратную связь с пациентами, задавали открытые вопросы для того, чтобы убедиться, как пациент понял полученные рекомендации и в 40% случаев просили применить полученную информацию.

При оценке показателей МЛО по разделу «знания», наблюдатели обращали внимание на комплаентность медработников по двум критериям: медработники представили точную и верную информацию; медработники дали всю необходимую для пациента информацию, чтобы он принял обоснованное решение по тому или иному вопросу относительно здоровья.

Во время наблюдения 60,0% медработников после обучения постарались дать точную и верную информацию относительно здоровья и туберкулеза, данный показатель до проведения обучения равнялся нулю, а также после обучения врачей многие пациенты имели возможность принять обоснованное и информированное решение.

По данным нашего исследования после обучения показатели мониторинга, характеризующие отношение медработников к пациентам и их энтузиазм, значительно улучшились. Во время наблюдения, медработники выказывали заинтересованность в излечении пациента, и это отразилось на соответствующих показателях, которые увеличились с 3,3 до 3,92(оценка по шкале от 1 до 5). Инициатива, исходящая от медицинского работника при работе с пациентом составила в среднем 3,80. Этот показатель улучшился на 0,85 после обучения, по сравнению с данными наблюдения без обучения.

При проведении интервьюирования пациентов нами были использованы вопросы, которые позволяют оценить уровень удовлетворенности пациентов. На вопрос «Довольны ли Вы беседой?» все опрошенные пациенты ответили положительно. На вопрос «Чувствовали ли себя удобно во время беседы/консультирования?» все опрошенные также ответили положительно. На вопрос «Что же способствовало тому, что Вы чувствовали себя удобно?» опрошенные пациенты отметили, что практически все медработники разговаривали с ними приветливо, дружелюбно и уважительно. Этот показатель увеличился на 64,0% после обучения. После прохождения повышения квалификации 86,6% медработники спрашивали о состоянии больного, а без обучения только 15,0% медработников интересовались состоянием больного. В 57,5% пациенты чувствовали себя комфортно во время приема, в остальных 43,0% случаях пациентам не нравились условия, в которых ведется прием, и чувствовали они себя некомфортно, однако по сравнению с предыдущим наблюдением (до обучения) эта цифра выросла на 36,0%. Данный показатель свидетельствует о том, что медработники стали больше уделять внимание созданию условий, при которых пациенты чувствовали бы себя комфортно и уютно.

Далее на вопрос «Как началась беседа?» пациенты ответили следующим образом: в 100% случаев врачи здоровались с пациентами и просили присесть, стараясь создать благоприятную психологическую атмосферу.

Только 38,9% врачей не называли своих пациентов по имени, хотя заменяли обращение такими уважительными словами как «эже, апа, ата, байке и т.д.» На вопрос «Задал ли пациент все интересующие вопросы?». Половина опрашиваемых ответили

«Да». Если при опросе до проведения обучения только 21,0% врачей спрашивали пациентов «есть ли у них вопросы?», то при данном интервьюировании после обучения уже 57,0% врачей интересовались, есть ли у пациентов/клиентов вопросы. 100,0% пациентов ответили, что отношение врача заслуживало доверие, и они могли задать вопрос, тогда как в период без обучения только 36,0% медработников вызывали доверие у пациентов.

После проведения обучения 86,0% пациентов сказали, что врачи объяснили им интересующие проблемы и вопросы подробно, а без проведения обучения данный показатель составил всего 29,0%. Со слов пациентов, все медработники изъяснялись на простом языке, и по сравнению с периодом без обучения показатель вырос на 64,0%. 86,0% медработников при разговоре с пациентами использовали знакомые слова, не злоупотребляя медицинскими терминами.

Для того, чтобы пациенты лучше усвоили данную им информацию, 86,0% медработников повторили информацию, сказанную ранее и этот показатель в сравнении с периодом без обучения повысился на 65,0%. Никто из опрошенных пациентов не получил информационный материал на руки. Согласно мнениям пациентов почти все медработники говорили на простом и доступном языке. 57,0% медработников записали свои рекомендации на бумаге. Следует отметить, что 14,0% пациентов, несмотря на усилия медработников, не очень хорошо запомнили информацию.

На вопрос «Какую бы поставили оценку своему медработнику (по 5 балльной системе)?», средний балл, поставленный пациентами после обучения врачей, составил 4,2 балла, а в период, когда семейные врачи были не обучены, величина данной оценки составлял 3 балла.

При проведении обучения семейных врачей и фтизиатров на основании опроса, интерактивных бесед и результатов круглых столов нами определены факторы, влияющие на приверженность больных туберкулезом к лечению. Потенциальные препятствия к соблюдению терапевтического режима многочисленны и могут быть подразделены на факторы, связанные с пациентом, обществом, медицинскими работниками/учреждениями, и системой здравоохранения в целом.

Выводы

Результаты нашего научного исследования, проведенные на основе мониторинга по навыкам межличностного общения в области туберкулеза после обучения семейных врачей, показали, что врачи начали довольно успешно применять полученные знания на практике. Семейные врачи стали больше уделять внимание созданию хорошей психологической атмосферы в начале и во время приема пациентов, соблюдению конфиденциальности во время приема и вопросам понимания и применения пациентом полученной информации. Практически все медработники во время приема пациентов старались быть вежливыми и доброжелательными и стали проявлять больше заинтересованности и инициативы во время консультирования. Использование навыков МЛО положительно влияет на качество оказания медицинской помощи пациентам, повышает приверженность к лечению, облегчает процесс достижения конечного результата в комплексной терапии туберкулеза, помогает избегать недопонимания, возникающие между медработником и пациентом, а также снижает уровень стигмы.

Литература:

1. Treatment of tuberculosis:guidelines – 4th ed. WHO/HTM/TB/ 2009.420
2. Adherence to tuberculosis treatment. UpToDate, Accessed online 30 August 2012 at http://www.uptodate.com/contents/adherence-to-tuberculosis-treatment (Literature review current through Jul 2012).
3. Thiam S, LeFevre A, Hane F, et al. Effectiveness of a Strategy to Improve Adherence to Tuberculosis Treatment in a Resource-Poor Setting. A Cluster Randomized Controlled Trial. JAMA. 2007;297:380-386.

4. Tshitangano T, Pengpid S, Peltzer K. Factors that Contribute to Tuberculosis Control in Primary Health Care Services at Mutale Primary Health Care Sub-District of the Limpopo Province, South Africa. J Hum Ecol, 2010. 29(2):75-85.
5. Sumartojo E. When Tuberculosis Treatment Fails: A Social Behavioral Account of Patient Adherence. Am J RespirCrit Care Med. 1993, 143:1311-1320.
6. Chaulk CP, Moore-Rice K, Rizzo R, Chaisson RE. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis. JAMA, 1995. 274(12):945.
7. International Standards for Tuberculosis Care(ISTC). The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006.
8. Al Zahrani K, Al Jahdali H, Menzies D. Does size matter? Utility of tuberculin reactions for the diagnosis of mycobacterial disease. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 2000, 162:1419-1422.
9. Thiam S, LeFevre A, Hane F, et al. Effectiveness of a Strategy to Improve Adherence to Tuberculosis Treatment in a Resource-Poor Setting. A Cluster Randomized Controlled Trial. JAMA. 2007;297:380-386.
10. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, et al. The Effect of Directly Observed Therapy on the Rates of Drug Resistance and Relapse in Tuberculosis. N Engl J Med1994; 330:1179-84.
11. Global tuberculosis control: WHO report 2011. World Health Organization, 2011.

THE INFLUENCE OF CONTINUOUS EDUCATION OF FAMILY DOCTORS, IN QUESTIONS OF INTERPERSONAL RELATIONS, ON COMPLIANCE TO TREATMENT OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS.

This article demonstrates the results of influence of continuous education of doctors in questions of interpersonal relations on the quality of medical service provided the relationship between medical workers- patients and compliance of patients to anti tuberculosis therapy. In order to grade the interpersonal relations the method of interviewing was used.

Key words: continuous education, skills in interpersonal relations, interviewing, tuberculosis, compliance to anti-tuberculosis therapy.

УДК - 616.72-002. 77-07-08

Эшбаева Ч.А.
Ошский государственный университетет. Медицинский факультет.
Кафедра внутренних болезней – 1.

СПОНТАННАЯ ИММУНОГЛОБУЛИНСИНТЕЗИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ В-ЛИМФОЦИТОВ ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

В данной работе рассматривается спонтанная иммуноглобулинсинтезирующая активность В – лимфоцитов(SIABL) при раннем ревматоидном артрите.

Выявленный высокий уровень SIABL у больных ранним РА, по сравнению со здоровыми лицами и больными ОА, РеА и АС, доказывает высокую активность В – лимфоцитов и других иммунных нарушений при этой болезни[5,7].

Важное клиническое значение SIABL при раннем РА состоит в том, что данный показатель, возрастая от минимальной степени активности до высокой, позволяет определять не только наличие обострения патологического процесса при раннем РА, но и уточнить степень активности болезни.

Другое важное клиническое значение показателя SIABL заключается в том, что данный феномен у больных ранним РА сочетается с наличием РФ и АЦЦП в сыворотке крови этих больных.

Бул илимий эмгекте, эрте ревматоиддик артриттеги (РА) В-лимфоциттердин иммуноглобулин синтездөөчү активдүүлүгү (SIABL) каралат. Эрте ревматоиддик артрит менен ооруган ооруларда аныкталган жогорку деңгээлдик көрсөткүчтөгү SIABL, курч мүнөздө өтүүчү РА, реактивдүү артрит (РеА), остеоартроз (ОА) жана анкилоздук спондилоартрит (АС) менен ооруган адамдарда ден-соолугу чың адамдар менен салыштырмалуу бул ооруда В-лимфоциттердин жогорку активдүүлүгүн жана башка иммундук бузулууларды далилдейт [5,7]. Эрте ревматоиддик артриттеги SIABLдын клиникалык мааниси, анын ушул убактагы төмөнкү деңгээлдеги көрсөткүчтүгүнүн активдүүлүгү улам жогорулап, эрте РА бир гана патологиялык процесстердин кайрадан кабылдоосу жөнүндө кабарлабастан, ушул оорунун канчалык даражада активдүү экендигин тактоого мүмкүнчүлүк бергендигинде. SIABLдын башка бараандуу клиникалык мааниси анын, РА ооруганадардын ушул феномени оорулуулардын канынын суюк бөлүгүндө (сыворотка) АЦЦПнын жана ревматоиддик фактордун (РФ) коштолуусунун бар экендигинде.

Актуальность.

Ревматоидный артрит (РА) – является серьезной медико-биологической и социально-экономической проблемой для любой страны. Ведущим звеном иммунопатогенеза РА считается гиперактивация В-лимфоцитов, проявляющаяся в частности, повышением уровней циркулирующих иммунных комплексов, сывороточных иммуноглобулинов (Ig), ревматоидного фактора (РФ) и антител к циклическому цитруллированному пептиду (АЦЦП), а также повышением пролиферативной и Ig-синтезирующей функцией периферических В-лимфоцитов [1,2,3,4,5,6]. Наибольшее значение в борьбе с РА имеет его ранняя диагностика и раннее лечение.

Целью исследования явилось изучение клинического значения спонтанной иммуноглобулинсинтезирующей активности В-лимфоцитов (SIABL) при раннем РА.

Материал и методы.

Под нашим наблюдением находились 47 больных ранним РА с длительностью болезни до 2-х лет в возрасте от 16 до 45 лет (39 женщин и 8 мужчин). I степень активности болезни отмечена у 15 (31,9%) больных, II – у 19 (40,4%) и III степень – у 13 (27,7%) больных. РФ обнаружен у 26 (55,3%) и АЦЦП – у 31 (66%) больных ранним РА.

В качестве группы сравнения обследовано 23 больных реактивным артритом (РеА), 16 больных системной красной волчанкой (СКВ), 14 больных анкилозирующим спондилоартритом (АС), 19 больных остеоартрозом (ОА). Контрольную группу составили 30 человек здоровых лиц.

Определение SIABL проводили на основе регистрации внутриклеточного синтеза Ig В-лимфоцитами экспресс - методом количественной цитофлюориметрии.

Результаты и обсуждение.

Уровни SIABL в обследованных группах представлены в табл. 1.

Таблица 1

Уровни SIABL в обследованных группах

Контингент	n	M±m	Число положительных результатов	
			абс.	%
Контрольная	30	115,6±1,73	2	6,7
Больные ОА	19	119,1±2,46	5	26,3
Больные РеА	23	123,4±2,73**	13	56,5
Больные АС	14	130,2±3,11***	10	71,4
Больные ранним РА	47	142,8±2,66***	30	79,0
Больные СКВ	16	161,9±2,82***	14	87,5

*Примечание: *- достоверно по сравнению со здоровыми лицами (*- p<0,05; ** - p<0,01; *** - p<0,001).*

Как видно из таблицы 1, показатель SIABL у больных ранним РА гораздо выше, чем у здоровых лиц и больных ОА, и незначительно больше, чем у больных АС и РеА, но меньше чем у больных СКВ. При этом минимальное значение данного показателя найдено у здоровых лиц и больных ОА, среднее значение – у больных РеА и АС, максимальное – у больных ранним РА и СКВ.

Уровень SIABL у больных ранним РА был достоверно выше, чем у здоровых лиц ($p<0,01$), больных ОА и РеА ($p<0,05$) и недостоверно больше, чем у больных АС ($p>0,05$). Данный показатель при раннем РА был меньше, чем у больных СКВ ($p<0,001$).

В частоте вышеуказанного показателя, выходящего за границы доверительного интервала нормы, имеются следующие различия. Уровень SIABL выше нормы обнаружен у 87,5% больных СКВ, у 79% больных ранним РА, у 71,4% больных АС, у 56,5% больных РеА, лишь у 26,3% больных ОА и всего лишь 6,7% здоровых лиц.

Таблица 2

SIABL при различных клинических вариантах раннего РА

Обследование подгруппы больных ранним РА	n	M±m	Частота положительных результатов		p
			абс.	%	
Iст.акт.	12	131,2±3,31	7	58,3	$p_1 < 0,05$
IIст.акт.	16	140,7±3,26	13	81,3	$p_2 > 0,05$
IIIст.акт.	10	145,3±3,19	10	100,0	$p_3 < 0,01$
РФ +	21	143,2±2,38	18	85,7	$p_4 < 0,05$
РФ -	17	135,4±2,29	12	70,1	$p_5 < 0,05$
АЦЦП +	25	144,4±3,27	9	90,0	
АЦЦП -	13	132,8±3,32	22	61,1	

Примечания:

1. *P_1 – разница между показателями при раннем РА I и II степени активности;*
2. *P_2 – разница между показателями при раннем РА II и III степени активности;*
3. *P_3 – разница между показателями при раннем РА I и III степени активности;*
4. *P_4 – разница между показателями у больных ранним РА с РФ + и РФ -;*
5. *P_5 – разница между показателями у больных ранним РА с АЦЦП + и АЦЦП -;*

Из приведенных данных таблицы 2 видно, что уровень SIABL у больных ранним РА с III (высокой) степенью активности был выше, чем с I (минимальной) ($p<0,001$) и II(умеренной) степенями активности (в виде тенденции, $p>0,05$). Такая же закономерность при сравнении больных соII и Iстепенями активности: при II степени активности данный показатель был достоверно ($p<0,05$) выше , чем при I степени. Показатель SIABL выше нормы обнаружен у 100,0% больных с III степенью активности, что гораздо выше, чем у больных со II (81,3%) и I (58,3%) степенями активности болезни.

При сравнении уровней SIABL в зависимости наличия РФ и АЦЦП наиболее высокие уровни SIABL обнаружены у больных ранним РА с РФ + и АЦЦП +, достоверно превышающий аналогичный показатель у больных с РФ – и АЦЦП – ($p<0,05$соответственно).

Приведенные нами данные о том, что уровень SIABL у больных ранним РА выше, чем у здоровых лиц и больных ОА, РеА и АС, и ниже, чем у больных СКВ, подтверждают соответствие количественных значений иммунных нарушений степени выраженности воспалительного процесса при ревматических заболеваниях, что согласуется с работами других авторов [7] и нашим предыдущими работами [6].

Выявленный высокий уровень SIABL у больных ранним РА, по сравнению со здоровыми лицами и больными ОА, РеА и АС, доказывает высокую активность В – лимфоцитов и других иммунных нарушений при этой болезни[5,7].

Важное клиническое значение SIABL при раннем РА состоит в том, что данный показатель, возрастая от минимальной степени активности до высокой, позволяет определять не только наличие обострения патологического процесса при раннем РА, но и уточнить степень активности болезни.

Другое важное клиническое значение показателя SIABL заключается в том, что данный феномен у больных ранним РА сочетается с наличием РФ и АЦЦП в сыворотке крови этих больных.

Выводы.

1. Уровень SIABL у больных ранним РА был значительно выше, чем у здоровых лиц и больных ОА, РеА и АС, но меньше, чем у больных СКВ.
2. Значение показателя SIABL при раннем РА зависит от активности и наличия РФ и АЦЦП в крови: чем выше активность и титры РФ и АЦЦП в крови, тем больше значение SIABL.

Литература:

1. Насонов Е.Л. Ревматоидный артрит как общемедицинская проблема. Тер.архив, 2004. – (5):5;
2. Сперанский А.Ю., Иванова С.М. Аутоиммунные болезни (клинические и теоретические аспекты). Аллергол. и иммунол. 2002. – 3 (1): - С.62-83;
3. Emery P. Early rheumatoid arthritis. Rheum.Dis. Clin. North Am., 2005. - 31,4;
4. Firestein G.S. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. Nature 2003. – 423 (6937): 356-361;
5. Мамасаидов А.Т., Мурзабаева Г.О., Кульчинова Г.А. Клиническое значение показателя спонтанной пролиферативной активности В-лимфоцитов при воспалительных ревматических заболеваниях. // Ревматология. М., 2003. - №2. – С.66;
6. Мамасаидов А.Т. и соавт. Спонтанная пролиферативная активность В-лимфоцитов при ревматоидном артрите, системной красной волчанке и неспецифическом язвенном колите. // «Медицинская иммунология», 2006. – том 8. – С.557-560;
7. Порядин Г.В., Семенова Л.Ю., Казимирский А.Н., Просвиров Е.Ю., Кельцева М.В. Характеристика субпопуляций лимфоцитов и активационных процессов в иммунной системе больных ранним ревматоидным артритом. // Ревматология. – М., 2002. - №4. – С.22-25.

Resume.

In this paper the spontaneous activity immunoglobulin synthesizing B - lymphocytes (SIABL) in early rheumatoid arthritis.

SIABL revealed high levels in patients with early RA, compared with healthy individuals and patients with OA, ReA and AS, proves the high activity of B - lymphocytes and other immune disorders in this disease [5,7].

SIABL important clinical implications in early RA is that this figure, increasing from a minimum to a high degree of activity, allows to determine not only the presence of an exacerbation of the pathological process in early RA, but also to clarify the degree of disease activity.

Other important clinical index SIABL is that this phenomenon in patients with early RA is combined with the presence of anti-CCP and RF in the serum of these patients.

ХИРУРГИЯ

УДК 616.31-088

Абдуллаева С.А., аспирантка Южного филиала НАН КР института медицинских проблем.

СВЕТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Резюме: *При обзоре литературы оценена частота встречаемости гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и методы их лечении, а также возможности применения физических факторов при комплексном лечении гнойной раны.*
Ключевые слова: *гнойно-воспалительный процесс ЧЛО, светотерапия.*

Кортунду: *Адабияты карап чыгууда бет-жаак бөлүгүндөгү ириңдеп-сезгенип жараттардын көптүгү жана аларды дарылоо ыкмалары ошондой эле ириң жараттарды комплекстүү дарылоодо физикалык факторлордун жетишкендиктери.*
Негиги создор*: Бет-жаак бөлүгүгндөгү ириңдеп-сезгенген процесс, жарык менен дарылоо.*

Проблема гнойной инфекции всегда привлекала пристальное внимание врачей многих специальностей, что объясняется нарастанием частоты возникновения воспалительных процессов, увеличением случаев тяжелого течения, иногда с а типичными проявлениями. Несмотря на успехи антибактериальной терапии, совершенствование хирургической техники и методов ведения, количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) различной этиологии и локализации не проявляют тенденции к уменьшению[19, 2, 16].

Количество больных, госпитализируемых в челюстно-лицевые стационары по поводу флегмон и абсцессов, колеблется от 30 до 70% от общего числа госпитализируемых. Причинами столь стремительного роста гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области, по сведениям литературы и нашим данным, является: несвоевременное и некачественное лечение осложненного кариеса; отсутствие профилактических мероприятий; антибиотикорезистентность штаммов микроорганизмов; сенсибилизация населения к антибиотикам; рост хронической соматической патологии; неблагоприятная регионарно-экологическая ситуация; влияние вредных привычек. Все вместе это приводит к тому, что гнойное заболевание протекает на фоне ослабленного иммунитета. Это в свою очередь изменяет типичное течение гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области [19].

Актуальность проблемы гнойной инфекции в стоматологии значительно возросла в связи со значительным ослаблением планомерной работы по профилактике основных стоматологических заболеваний и снижения качества оказания стоматологической помощи населению. В результате этого увеличилось число больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями с тяжелым течением и осложнениями.

Частое развитие ГВЗ мягких тканей челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи и их грозных осложнений (медиастенит, сепсис, тромбоз синусов, энцефалит, плеврит, тромбофлебит вен и т.п.) обусловлено высокой распространенностью хронической очаговой одонтогенной тонзилогенной инфекцией, а также ифекционно-воспалительных поражений кожи и слизистой оболочки полости рта, изменением иммунологической реактивности организма, высокой вирулентностью одонтогенной микрофлоры [23]. В связи с чем, поиск эффективных путей лечения остается актуальной проблемой современной гнойной хирургии и ее частных разделов.

Для преодоления недостатков сложившейся ситуации в профилактической и лечебной антибактериальной терапии хирургической инфекции и правильного планирования лечебных мероприятий изучались факторы риска, менялись антибиотики и методики их введения. Однако число раневых осложнений заметно не уменьшалось. Увеличение частоты нагноений послеоперационных ран можно объяснить появлением штаммов микроорганизмов, устойчивых к воздействию антибактериальных препаратов, вызванным экологическими факторами и нерациональным применением антибиотиков [23].

Основным способом лечения ран и раневой инфекции, безусловно, является хирургический. Ни один другой способ не позволяет в короткие сроки и с минимальной травматичностью удалить основное количество некротизированных тканей, вскрыть гнойные затеки и создать условия для адекватного дренирования раны. Однако в дальнейшем для благоприятного течения раневого процесса необходим целый комплекс лечебных мероприятий как общей, так и местной направленности [20,21].

Среди методов местного патогенетического лечения раневой инфекции необходимо выделить многочисленные и широко используемые факторы физического воздействия. Многие из этих факторов имеют многолетнюю историю применения. Тем не менее, дальнейшее совершенствование техники, появление новых методик, порой комбинирующих несколько факторов воздействия, позволили существенно изменить взгляды на их роль и место в комплексе лечебных мероприятий. Большой интерес для местного лечения гнойных ран представляет использование фотодинамического излучения [13, 3, 15, 16].

Патогенетически и клинически самой сложной фазой течения гнойной раны является фаза воспаления. Местные применяемые средства в 1-фазе должны обладать антимикробным, некролитическим, гидрофильным, обезболивающим свойствами и тем самым способствовать своевременному очищению раны, подавлению микрофлоры и создавать оптимальные условия для регенерации раны[22].

В начале 80-х годов XX века группой ученых была открыта важность поляризованного полихроматического света. На основе этих исследований была разработана система светотерапии - Биоптрон — мощная технология светотерапии, использующая почти всю видимую часть оптического спектра. Компания Bioptron AG начала финансировать разработку нового прибора для достижения оптимальной клинической эффективности светотерапии. Биоптрон — это медицинский прибор для светотерапии со специальным оптическим блоком, испускающим свет, подобный части электромагнитного спектра солнечного света, но без УФ-излучения [5, 6, 7, 14, 1].

Свет Биоптрон оказывает так называемый биостимулирующий эффект: при попадании на кожу он стимулирует светочувствительные внутриклеточные структуры и биомолекулы. Это вызывает клеточные цепные реакции и запускает так называемые вторичные ответы, которые не ограничиваются только областью воздействия, а распространяются на весь организм. Светотерапия Биоптрон способствует: улучшению микроциркуляции, нормализации метаболических процессов, укреплению защитной системы организма, заживлению ран, снятию боли и снижению ее интенсивности, стимуляции регенеративных и репаративных процессов всего организма [5, 6, 7, 14].

В 90-е гг. XX века учеными Российской академии медицинских наук были проведены углубленные исследования по изучению эффекта воздействия синего света на организм человека. По результатам проведенных исследований был открыт и описан комплекс неизвестных ранее ответов организма человека на синий свет: модулирующий эффект при нарушении функции тромбоцитов, снижение вязкости крови, увеличение активности факторов VIII и IX свертывания крови, выраженное положительное влияние на магистральный кровоток и систему микроциркуляции, снижение уровня атерогенных

липидов в крови, положительное влияние на функцию внешнего дыхания, иммунный статус [11, 9, 10].

Авторами [10] - ведущими научными сотрудниками лаборатории ангиологии РГМУ им. Н.И. Пирогова, было проведено сравнительное исследование изменения вязкости крови приемом разжижающих кровь препаратов - пентаксифиллина (трентала), и проведения фотогемотерапии синим светом. В исследовании наибольший интерес представляла способность данных препаратов оказывать влияние на снижение патологически высокой вязкости крови. По результатам проведенного исследования выявлено, что лечение тренталом не только не дало достоверного снижения вязкости крови, но и даже при некотором повышении дозы препарата, не удалось добиться её нормализации. Напротив, при проведении фотогемотерапии синим светом далось добиться достоверного снижения вязкости крови, а у 9 больных она нормализовалась.

По мнению многих специалистов, наиболее перспективным и эффективным методом лечения является хромотерапия[12]. Современное развитие естествознания, медицины и микроэлектроники делает хромотерапию уникальной, удобной и незаменимой для профилактики и лечения самого широкого круга заболеваний [18, 17]. Ее отличает физиологичность, не инвазивность, отсутствие побочных реакций, высокая результативность, хорошее сочетание с другими методами, возможность проведения амбулаторного лечения и лечения на дому.

Одним из основных результатов действия синего сета является повышение энергетических возможностей организма за счет усиления синтеза энергии в митохондриях клетки. В отличие от других диапазонов оптического излучения, применяемых в медицинской практике (УФ-излучение, красный, желтый, зеленый свет, ИК-излучение), синий свет интенсивно поглощается многочисленными фоторецепторами (криптохромы) биологического объекта, вызывая столь же многочисленные фотохимические реакции, обеспечивающие его нормальную жизнедеятельность.

Многолетние исследования ученых многих стран [4, 8, 10, 17] позволили выявить следующие основные эффективности синего света:

- Восстановление нарушенных биоритмов;
- Положительное воздействие на реологические свойства крови (снижение вязкости);
- Регуляция системы гемостаза;
- Увеличение скорости кровотока в магистральных сосудах;
- Улучшение кровотока на уровне микроциркуляции;
- Регуляция метаболизма, проявляющаяся в снижении уровня глюкозы, и атерогенных липидов в крови;
- Увеличение доставки и утилизация кислорода тканями организма;
- Иммуномодулирующий эффект;
- Выраженный эффект регенерации при различных поражениях;
- Улучшение проводимости нервных импульсов;
- Обезболивающее и противовоспалительное действие;
- Антибактериальное и антивирусное действие в отношении порфиринсодержащих микроорганизмов;
- Улучшение функции внешнего дыхания;
- Фотодинамические эффекты вследствие поглощения света эндогенными фотосенсибилизаторами, одним из которых является разрушение билирубина при его высоком содержании в крови и кожном пуле и выведение его из организма в виде нетоксичных продуктов.

Знание механизмов действия синего света и правильная их трактовка позволяют выработать показания к лечебному применению синего света. Синий свет может быть использован как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими методами лечения.

Таким образом, в заключении необходимо отметить, что многообразные физические факторы, используемые в лечении ран и их инфекционных осложнений, не должны применятся бесконтрольно и необоснованно. Ни в коем случае они не могут стать альтернативой хирургическому лечению, которое было на протяжении веков и остается до настоящего времени ведущим в широком комплексе медицинских мероприятий, направленных на лечение ран и раневой инфекции. При сочетанном применении синего света с длиной волны 450 нм в комплексном лечении гнойной раны челюстно-лицевой области усиливается очищение гнойной раны и ускоряется процесс эпителизации послеоперационной раны.

Литература:

1. Борисюк, Р.В. Аэроионотерапия при лечении альвеолита в амбулаторной практике хирургической стоматологии [Текст]. автореф. дис. . канд. мед. наук. Казань, 2008. - 21 с.
2. Бакиев Б.А. Особенности клинического течения флегмон челюстно-лицевой области и шеи. //Здравоохранение Кыргызстана.-2009.-№5.-С.-69-74.
3. Влияние ряда физических и химических факторов на процессы регенерации костных дефектов челюстей [Текст] / А. М. Ешиев, С.К. Алимжанов, Д.А. Ешиев // Молодой ученый. — 2014. — №7. — С. 213-215.
4. Воскресенская Н.П. Регуляторная роль синего света в фотосинтезе. Физиология фотосинтеза. – М.: Наука, 1982.-С.203-220.
5. Герасимова, Л.И. Применение светотерапии «Биоптрон» в лечении ожоговых ран [Текст] / Л.И. Герасимова // Материалы научно-практической конференции. Новые направления в использовании светотерапии «Биоптрон». Москва, Екатеринбург.,2003.-С.15-17.
6. Зазулевская, Л.Я. «Биоптрон» - новое слово в пародонтологии [Текст] /Л.Я. Зазулевская //Материалы научно-практической конференции. «Новые направления в использовании светотерапии «Биоптрон». Мосвка, Екатеринбруг, 2003.-С.24-26.
7. Злобина, С.В. Применение прибора «Биоптрон Компакт» в стоматологической практике [Текст] /С.В. Злобина // Материалы научно-практической конференции. Новые направления в использовании светотерапии «Биоптрон». Москва, Екатеринбург.,2003.-С.27-28.
8. Использование синего света в практической хирургической стоматологии [Текст] Д.А. Ешиев, С.А. Абдуллаева А.М. Ешиев//Центрально-Азиатский медицинский журнал имени М. Мирахимова, Том XX, №4, 2014.-С.341-344.
9. Каранадашов В. И. К проблеме снижения вязкости крови, сравнительная оценка эффективности препаратов пентоксифиллина и фотогемотерапии синим светом [Текст] / В. И. Каранадашов, Е. Б. Петухов, В. С. Зродников // Бюл. Экспер.биол. – 1998. - №11. – С. 579-580.
10. Каранадашов В. И. Фототерапия – альтернативный метод лечения хронической артериальной недостаточности нижних конечностей [Текст] В. И. Каранадашов, Е. Б. Петухов // Мед. Помощь.-2004.-№2.-С.36-41.
11. Каранадашов В.И. Клиническое значение высокой вязкости крови и возможности снижения ее методами фотогемотерапии [Текст] / В. И. Каранадашов, Е. Б. Петухов, В. С. Зродников // Клин.мед. – 1997.-№8.- С.19-23.
12. Кирьянова В. В. Фотохромотерапия - новое направление в реабилитации детей и подростков [Текст] /В. В. Кирьянова //Материалы первого всероссийского съезда врачей восстановительной медицины. РеаСпоМед.-М., 2007.-С.129-130.
13. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция [Текст]/М.И. Кузмин, Б.М. Костюченок.-М.: Медицина,1990.-592с.
14. Леонтьев, А. Г. Применение прибора «Биоптрон» в гипербарической медицине [Текст] /А. Г. Леонтьев // Материалы научно-практической конференции. Новые

направления в использовании светотерапии «Биоптрон». Москва, Екатеринбург., 2003.-С.36-39.
15. Лечение больных с дефектами альвеолярного отростка челюстей с применением синего света и электровибромассажа [Текст] /Д. А. Ешиев, А. М. Ешиев // Медицинские кадры XXI века. Бишкек, 2014.-№ 1.-С-50-54.
16. Необходимый объем и инновационные методы хирургической помощи оказываемой больным с заболеваниями челюстно-лицевой области [Текст] А. М. Ешиев // Вестник Кыргызской Государственной Медицинской Академии им. И. К. Ахунбаева. Бишкек, 2014.-№1.-С.59-62.
17. Никитин А. В. Использование светодиодного излучения в комплексном лечении больных гипертонической болезнью [Текст] / А. В. Никитин, Л. Г. Гриднева, Ю. В. Гриднев // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2007. – №2. – С. 301-305.
18. Пономаренко, Г. Н. Перспективы неселективной хромотерапии в косметологии [Текст] /Г. Н. Пономаренко //Материалы научно-практической конференции «Новые направления в использовании светотерапии «Биоптрон».-Москва, Екатеринбург, 2003.-С.32-33.
19. Профилактика гнойно-септических осложнений в хирургии / В.В. Плечев, Е.Н. Мурысева, В.М. Тимербулатов, Д.Н. Лазарева. М.: Триада Х, 2003.-320с.
20. Робустова Т.Г., Губин М.А., Старадубцев В.С. Диагностика распространенных флегмон и их осложнений, стратегия комплексного лечения //Стоматология: Спец выпуск.-1996.-74с.
21. Соловьев М.М. Абсцессы, флегмоны головы и шеи [Текст] /М. М. Соловьев, О. П, Большаков.-М.: Медпрес,2003.-230с.
22. Супиев К.Т. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области [Текст]/ К. Т. Супиев.-Алматы.-1994.-222с.
23. Усовершенствованный метод определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам / А.И. Яременко, Е.О. Прусакова, Т.Ю. Шувалова, И.В. Шумаков // Пародонтология. 2002. - № 1-2(23). - С. 45-48.

Light therapy in complex treatment of purulent wounds of the maxillofacial region.

Abdullaeva S.A. graduate student of the Southern branch of National Academy of Sciences Institute of Medical problems.

Summary: In a literature review evaluated the incidence of chronic inflammatory processes of maxillofacial area and the methods of their treatment, as well as the possibility of using physical factors in the complex treatment of purulent wounds.

Keywords: inflammatory processes maxillofacial area, light therapy.

УДК.615.465.546.

Абдышев Т.К., Городская стоматологическая поликлиника №4 г. Бишкек

ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЬВЕОЛИТА
(Литературный обзор)

Резюме: *Представлен обзор литературы по изучению причин и частоты развития постэкстракционных воспалительных осложнений, связанных с удалением зубов.*
Ключевые слова: *Альвеолит.*

Корутунду: *Адабий кол жазмаларды карап чыгып, тиш жулгандан кийин пайда болгон сезгенүүнүн жана кабылдоолорунун өрчүү себептеринин көптүгүн изилдөө.*
Негизги сөздөр: *Альвеолит.*

Удаление зубов является одним из самых распространенных оперативных вмешательств в хирургической стоматологии. В норме лунка должна заживать за несколько дней, и интенсивных болей уже через сутки после удаления зуба быть не должно. В результате того, что сгусток крови, прикрывающий ранку, был сдвинут или же не сформировался вообще, она инфицируется. Возникает альвеолит и заживление раневой поверхности затягивается. Нарушения постоперационного режима, когда активное полоскание полости рта приводит к вымыванию тромба и обнажению раневой поверхности с последующим ее инфицированием, являются основными причинами развития осложнений. Одним из наиболее частых осложнений, связанных с удалением зубов, является альвеолит.

Данные авторов [16] свидетельствуют о том, что альвеолит наблюдается в 24,9% случаев после экстракционных осложнений на 3 (послеоперационном) этапе, который составил 2,2% от общего числа удаленных зубов. Авторы [13] отмечают, что развитие альвеолита отмечается в 40% случаев от всего количества осложнений при данном вмешательстве. Альвеолит – это довольно часто встречающееся воспалительное осложнение после операции удаления зуба, сопровождающееся симптомами, ведущими из которых является боль в области лунки с иррадиацией и частичным или полным распадом кровяного сгустка [17, 18].

Частота альвеолита, по литературным данным, противоречива. Так, [3] - в 2,38% случаев, [16] наблюдал развитие альвеолита в 3,47% случаев. По данным авторов [11, 12, 2] у 28% больных после операции удаления зуба развивается альвеолит. Исследователи[10, 11] наблюдали альвеолит в 4,6% случаев.

По данным ряда исследователей, частота возникновения альвеолита составляет от 3,4 до 42,8% от всех постэкстракционных осложнений[5, 6, 14, 25]. Альвеолит и луночковое кровотечение являются одними из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. Ряд авторов выделяют в этиологии развития альвеолита инфекционный и травматический факторы [1, 4]. Развитию альвеолита способствует также высокая фибринолитическая активность тканей лунки, слюны, иммунологические сдвиги, сопутствующие заболевания[8, 20].

По литературным данным, неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта пациента, отсутствие у него правильных навыков по уходу за зубами и дёснами является прямым предрасполагающим фактором к развитию альвеолита после операции удаления зуба [23, 24]. Рядом исследователей проведен анализ гигиенического состояния полости рта у пациентов с альвеолитом, который показал достоверное повышение значений гигиенических индексов в 2-4 раза при гнойном и гнойно-некротическом альвеолите [27, 28]. Авторы подчеркивают важность проведения

профессиональной гигиены полости рта больным альвеолитом как на стадии обращения к врачу, так и на протяжении всего лечения [19, 28].

При операциях в полости рта часто происходит инфицирование резидентной микрофлорой полости рта, или микрофлорой периапикального (пародонтального) воспалительного очага послеоперационной раны.

По данным HYPERLINK «http: //www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Search&itool=pubmed_Citation&term=%22 Adeyemo+WL%22%5. BAuthor%5D» Adeyemo WL et.al (2006) частота развития послеоперационных осложнений после сложного удаления зуба составляет 11 %. Инфекция при затрудненном прорезывании третьего моляра и перикороните полимикробна, с преобладанием строго анаэробных беталактамаз продуцирующих микробов.

В связи с этим выбор антибиотиков для профилактики и лечения затруднен (HYPERLINK«http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Search&itool=pubmed_Citation&term=%22Gutierrez%2DPerez+JL%22%5BAuthor%5D» Gutierrez-Perez JL., 2004). Аналогичные данные получены и при анализе инфекционных осложнений при других стоматологических хирургических вмешательствах.

Развитие послеоперационных осложнений обусловлено многими причинами, в то м числе особенностями анатомического строения ветвей тройничного нерва, нарушен ием их трофики за счет пересечения питающих нерв сосудов и т. д. Среди причин, вызывающих альвеолит, ведущая роль принадлежит патогенной инфекции, которая развивается при отсутствии сгустка крови или его преждевременном разрушении в лунке удаленного зуба. Особое влияние на развитие альвеолита оказывает факультативно-анаэробная микрофлора полости рта, чаще всего ведущие позиции принадлежат стрептококкам, золотистому и эпидермальному стафилококкам, нейссериям [3, 4].

Довольно часто альвеолиты развиваются в результате травматически проведен ной операции удаления зуба, особенно при несоблюдении больными правил гигиены полости рта, т. к. ведущую роль среди причин, вызывающих альвеолит, играет пат огенная инфекция, проявляющаяся при несвоевременном образовании сгустка или пр и его преждевременном разрушении в лунке удаленного зуба [7, 22].

В ходе лечения незащищенная кровяным сгустком и воспаленная лунка подвергается дополнительному инфицированию патогенной микрофлорой со стороны полости рта, попаданию остатков пищи, что не способствует купированию воспалительного процесса. Процессы гранулирования, эпителизации, регенерации лунки и формообразовательные процессы в альвеолярном отростке существенно замедляются [27].

Ретенция нижних третьих моляров (НТМ) составляет 78% и развивается у трудоспособного населения в возрасте от 18 до 36 лет [5, 19, 20,]. В амбулаторной хирургической практике оперативное вмешательство при данной патологии является достаточно сложным ввиду травматичности его выполнения и топографо-анатомических особенностей расположения зубов, что в ряде случаев приводит к развитию альвеолитов [15, 20, 26].

Воспалительные осложнения в послеоперационном периоде наблюдаются от 14 до 35% случаев, что отрицательно сказывается на результатах лечения пациентов в ближайшие и отдаленные сроки [16, 19, 25, 28]. Кроме этого, в процессе лечения, незащищенная кровяным сгустком, воспаленная лунка подвергается дополнительному инфицированию патогенной микрофлорой со стороны полости рта, попаданию инородных тел (пищевых остатков), что способствует усилению воспалительного процесса.

Особо важное значение имеет лечение гнойно-некротических и некротических альвеолитов, которые чаще всего, при неадекватном лечении, осложняются остеомиелитом лунки с секвестрацией костных краев альвеолы, что усугубляет атрофические изменения альвеолярного отростка [20, 21, 25].

Таким образом, частота возникновения постэкстракционных воспалительных осложнений (при удалении зубов) не позволяет утверждать о том, что существующие методы профилактики являются достаточно эффективными. Постэкстракционные воспалительные осложнения вызывают как временную, так и длительную утрату трудоспособности больных, а поскольку последними наиболее часто являются лица в возрасте от 18-ти до 50-ти лет, т. е. наиболее трудоспособного возраста, то эта проблема приобретает значение не только как общемедицинская, но и как социально-экономическая.

Литература:

1. Бабаев, Т.А. Операция удаления зуба первый этап хирургической подготовки полости рта к зубному протезированию // Т.А Бабаев, Э.Г. Фараджов, Э.Г. // Всеросс. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы стоматологии»: сб. тезисов./ - Москва, 2003.- С. 12-13.
2. Бахмудов, Б.Р. Частота и динамика развития альвеолита в течение года / Б.Р. Бахмудов // Стоматология.- 2002.- № 3-6.- С. 37-38.
3. Гапаненко, Т.Г. Клиника, диагностика и комплексное лечение альвеолита / Т.Г. Гапаненко //Дисс. канд. мед. наук.- Пермь, 1987.- 192 с.
4. Гузерова, Н.Ф. Комплексное лечение альвеолитов челюстей / Н.Ф. Гузерова, Н.Н. Черченко // Мед. новости.- 2005.- № 5-6.- С. 76-77.
5. Дмитриева А.А. Частота операции удаления зуба в зависимости от возраста больного и места зуба в формуле / А.А. Дмитриева, Н.М. Игнатенко // Стоматология. — 2002. № 8. - С. 31-32.
6. Ефремов Ю.В. Способ профилактики и лечения альвеолита / Стоматология. - 1994. - №3. - 83-84.
7. Иорданишвили А. К., Ковалевский А. М., Гущин П. А. Наш опыт разработки и применения оптимизаторов репаративного остеогенеза в стоматологии // Юбилейный сборник работ, посвященный 60-летию кафедр госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии и госпитальной терапевтической стоматологии.— М., 1998.— Часть II.— С. 48–50.
8. Кисельникова, Л.П. Роль антибиотикотерапии в комплексном лечении заболевания пародонта / Л.П. Киссльникова // Институт стоматологии. -2009. -№ 1.-С.28-29.
9. Ковалевский А. М., Иорданишвили А. К. Паста для лечения альвеолита // Усовершенствование методов и аппаратуры, применяемых в учебном процессе, медико-биологических исследованиях и клинической практике / Сборник изобретений и рацпредложений.— СПб., 1996.— Вып. 27.— С. 39-41.
10. Кузмина, Е. М. Лечение альвеолитов дальцекс-трипсином / Е. М. Кузмина, Е.С. Кузьмина // Матер. VI междунар. конф. челюстно- лицевых хирургов и стоматологов.- Санкт-Петербург, 2001,- С.67-68.
11. Мингазов, Г. Г. Сравнительная оценка заживления альвеолярной раны после операции удаления зуба / Г.Г. Мингазов, Э.И. Галиева // Казан, вестн. стоматологии,- 2006,- № 2,- С.89-90.
12. Мингазов, Г. Г. Сезонность и суточное время возникновения луночковых кровотечений и альвеолита // Г.Г. Мингазов, О.Е. Кузнецов, Ю.Н. Шестаков // Стоматология,- 2009.- № 4.-С. 77-80.
13. Павлов Б. Л., Гапаненко Т. Г. Частота альвеолита после операции удаления зуба // Стоматология.— 1990.— Т.— 69.— № 5.— С. 81–82.
14. Павлов, Б.Л. Частота альвеолита после операции удаления зуба // Б.Л. Павлов, Т.Г. Гапаненко // Стоматология.- 1990.- Т.69.- № 5.- С. 81-82.
15. Петрикас Г. А. Рентгенологическая картина альвеолита // Первый съезд стоматологов Туркменистана.— Ашхабад: Ылым, 1986.— С. 59–60.

16. Попович, Т. В. Осложнения операции удаления зуба. Альвеолит / Т.В. Попович//Мед. курьер.- 2003.- №3,- С. 36-38.
17. Робустова, Т. Г. Воспалительные осложнения зубной имплантации / Т.Г. Робустова // Проблемы стоматологии и нейростоматологии. 2009. - № 4. -С. 45-47.
18. Ройзман, Я. М. Анализ причин послеоперационного альвеолита / Я.М. Ройзман // Основные стоматологические заболевании, их профилактика, диагностика, лечение.- Пермь, 2002,- С. 65-67.
19. Русанов, В. П. Лечение альвеолита // В.П. Русанов, В.В. Халитова // Вопр. стоматологии.- Алма-Ата, 1980.-Вып. 2.- С. 112-115.
20. Сабо, Е. Осложнения при удалении зубов / Е. Сабо // Амбулаторная хирургия зубов и полости рта.- Будапешт, 1977.- С. 64-70, 101-109.
21. Самсонов, В. Е. Роль низкочастотного ультразвука в комплексном лечении альвеолита / В.Е. Самсонов, В.П. Федотов // Стоматология.- 2001.-№ 6,- С. 37-38.
22. Сирак, С. В. Лечение альвеолита с использованием антибактериальных и гемостатических средств / С.В. Сирак, А.Г. Сирак, К.Х. Карданова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2011. – №2. – С. 30-24.
23. Способ лечения острого альвеолита / С.В. Сирак, А.Д. Читанава, А.Г. Сирак, К.Х. Карданова // Материалы научно-практической конференции стоматологов Ставропольской государственной медицинской академии и Ставропольского края «Актуальные вопросы клинической стоматологии», – Ставрополь, 2010. – С. 212-215.
24. Старобинский, И. М. Заживление раны после удаления зуба / И.М. Старобинский // Хирургическая стоматология поликлинического врача -2007.-С. 88-101.
25. Суслов, Е. М. Лечение и профилактика альвеолитов / Е.М. Суслов, А.Э. Гуцан // Здравоохранение.- Кишинев, 2009.- № 3.- С. 53-56.
26. Ультратонотерапия в комплексном лечении альвеолита / М.Ю. Герасименко, А.А. Никитин, А.И. Паршин, Л.М. Мустафина // Рос. стоматол. журнал.- 2000,- № 1 -С. 37-39.
27. Федоров, В. П. Комплексное лечение больных альвеолитом / В.П. Федоров // Стоматология.- 2005.- № 3.- С. 56-57.
28. Цимбалистов, А. В. Профессиональная гигиена полости рта. / А.В Цимбалистов, Г.Б. Шторина, Е.С. Михайлова // Институт стоматологии. -2009.- 47 с.

FREQUENCY AND CAUSES OF ALVEOLITIS.

Abdishev T. City dental clinic № 4, Bishkek

Summary: *A review of the literature on the causes and incidence of post-extraction inflammatory complications related to the removal of teeth.*

Key words:*alveolitis*

УДК 616.31 – 006.34

Алимжанов С.К., Джалалабадская областная больница

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ

Резюме: *в статье отражены характерные особенности возникновения радикулярных кист челюстей и проблемы реабилитации после цистоэктомии на примере пациентов, получивших лечение в Джалал-Абаде и Оше.*
Ключевые слова*: радикулярная киста, коллапан.*

Кортунду: *Макалада жаактагы радикулярдык кистанын пайда болуу өзгөчөлүктөрү жана цистоэктомиядан кийинки Ош жана Жалал-Абад шаарларындагы ооруларды реабилитациялоо көгөйлөрү чагылдырылган.*
Негизги сөздөр: *Радикулярдык киста, коллапан.*

Главной задачей хирургического лечения околокорневых кист челюстей является сохранение зубов, расположенных в зоне кисты и восстановление их функции. Основным методом оперативного лечения, по мнению некоторых авторов [1, 4], остается цистоэктомия с одномоментной резекцией верхушки корня причинного зуба.

Радикулярные кисты составляют около 94 - 96% полостей, выявляющихся у взрослых. В челюстных костях кистозные поражения встречаются существенно чаще, чем в любом другом отделе скелета. В подавляющем большинстве случаев (более чем в 90% случаев) они имеют одонтогенную природу и относятся к истинным кистам, имеющим внутреннюю эпителиальную выстилку [2].

К настоящему времени выработаны эффективные методы хирургического лечения, включая использование различных остеопластических материалов для заполнения костных полостей. Заполнение костного дефекта челюстных костей биокомпозиционными материалами после цистэктомии направлено на: предотвращение возможных осложнений, связанных с сокращением и распадом кровяного сгустка, а также вторичным инфицированием раны, ускорение регенерации костной ткани в области дефекта и восстановление формы и функции челюстных костей [3,6]. Актуальность проблемы реабилитации обусловлена тем, что применяемая в настоящее время высокоэффективная терапия сопровождается рядом побочных действий [5].

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения больных с одонтогенными кистами челюстей, динамика восстановления костной ткани (по данным лучевых методов исследования) после оперативных вмешательств по поводу радикулярных кист челюстей.

Материалы и методы исследований.

Статистический материал для проведения анализа получен при документальном исследовании журналов учета плановых амбулаторных операций за 2011-2014 годы в 5 учреждениях здравоохранения г. Ош и города Джалал-Абада стоматологического профиля. Проведено не сплошное единовременное наблюдение методом направленного отбора. Объектом изучения являлись пациенты, которым по протоколам журналов учета плановых амбулаторных операций были проведены плановые амбулаторные операции цистоэктомии (они составили выборочную совокупность для исследования). Согласно программе наблюдения за единицу наблюдения приняты пациенты с проведенной операцией цистоэктомии.

Клиническое исследование проводилось на базе Ошской межобластной объединенной клинической больницы и Джалал-Абадской областной больницы. Проведено обследование пациентов, обратившихся за медицинской помощью, выделены пациенты с диагнозом - радикулярная киста (диагноз подтвержден лучевыми методами

исследования). При проведении исследования нас интересовали радикулярные кисты различных размеров (от 0,1 до 1,0 и более см в диаметре). Всем больным проведена в основном органосохраняющая методика операции цистоэктомии с резекции корня зуба, в последующем заполнение костной полости гранулой коллапана.

Для оценки степени восстановления костной ткани применялись лучевые методы исследования.

Результаты исследований и их обсуждение

После детального анализа собранного статистического материала (выборочная совокупность составила 405 операций цистоэктомии) и проведения статистических расчетов получены следующие результаты: распределение радикулярных кист в ключевых группах: 18 - 34 года – 34,7%, 35 - 44 года – 23,8%, 45 – 65 лет – 32,45%, 65 - 74 и старше – 9,05%. На верхней челюсти радикулярные кисты описаны в 76,8%, на нижней челюсти в 23,2% наблюдений, а также справа в 44,76% наблюдений, слева – в 52, 06%, с обеих сторон в 3,18%. Причинными наиболее часто являлись фронтальные зубы: 12 (13,4%), 11 (13,2%), 21 (13,4%), 22 (14,6%), локализация в области других зубов не превысила 3,5%.

Рецидивы после предшествовавших операций выявлены в 0,86% наблюдений. Из рассмотренных протоколов 180 операций цистоэктомии описаны в 61,4% наблюдений. Корни причинных зубов резецировали в 73,9%, причинные зубы удаляли в 26,1% оперативных вмешательств. Контроль динамики восстановления костной ткани после операции цистоэктомии с заполнением костной полости гранулами коллапана проводился с использованием лучевых методов исследования. Контрольные рентгенограммы в боковой проекции через 2, 3, 9 месяцев четко отражают процесс регенерации кости вследствие ее аппозиционного роста с образованием крупно петлистой костной ткани. Впоследствии через 13 месяцев сформировано функциональное направление костных балок, отмечается полное замещение послеоперационного дефекта полноценной костной тканью.

При нашем наблюдении пациента с диагнозом рецидив радикулярной кисты верхней челюсти справа в области 13, 12, 11 зубов (ранее оперированного в стоматологической поликлинике) произведена повторная операция с последующим заполнением костной полости гранулами коллапана, контрольные рентгенограммы (ортопантомография) проводились через 6 и 12 месяцев. В динамике наблюдается полная регенерация челюстной кости. Через 1 год на верхней челюсти определяется костная ткань мелкопетлистой структуры.

Таким образом, согласно нашим исследованиям и статистическим данным, радикулярные кисты встречаются во всех возрастных группах у взрослого населения. Преобладает у лиц женского пола. Наиболее характерна их локализация на верхней челюсти (в 3 раза чаще, чем на нижней), в области фронтальных 12, 11, 21, 22 зубов. В отношении причинных зубов применяется в основном органосохраняющая методика. При реабилитации пациентов после цистоэктомии с применением гидроокиси коллапана создаются оптимальные условия для остеогенеза челюстных костей.

Литература:

1. Ботбаев Б.Д. Хирургическое лечение больных с кистами челюстей с использованием биогенных пластических материалов на основе брефокости и гидроксиаппатита. Автореф. канд. мед. наук. - М. - 1990.
2. Губайдуллина Е.Я. Опыт лечения больных с обширными кистами челюстей/Е.Я. Губайдуллина, Л.Н. Цегельник, В.В. Лузина, Д.Ю. Топленинова //Стоматология.- 2007.- №3.- С. 51 - 53.
3. Емельянов А.С. Репаративные способности тканей при использовании костнопластических материалов в эксперименте. //Нижегородский медицинский журнал.-2008.№2 вып.2.-С.239-240.

4. Ефимов Ю.В. Хирургическое лечение околокорневых кист челюстей.// Стоматология. - 1993. - №3. - С.26-27.
5. Кузминых И.А. Восстановление костных структур после проведенного хирургического лечения крупной радикулярной кисты верхней челюсти. //Труды Ижевской государственной медицинской академии том 45.-Ижевск, 2007.-С.156-157.
6. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика в стоматологии /Н.А. Рабухина, А.П. Аржанцев.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2003.- С. 294 – 304.

STATISTICAL CHARACTERISTICS OF RADICULAR CYSTS AND REHABILITATION OF PATIENTS AFTER CYSTECTOMY.

Alimjanov S.K. Djalal Abad regional hospital.

Summary: *The article describes the characteristics of occurrence of radicular cysts of the jaws and problems of rehabilitation after cystectomy on patients treated in Jalal-Abad and Osh.*
Keywords*: radicular cyst, CollapAn.*

УДК: 616.26-007.43

Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К.
Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic, Бишкек, Кыргызстан

АНАЛИЗ ПЕРВЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО НИССЕНУ

Резюме: *в работе представлен первый клинический опыт лапароскопической фундопликации по Ниссену в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Операции были выполнены 5 пациентам в возрасте от 44 до 65 лет. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь имелась у 2 человек, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 3. Рецидивов заболевания в период наблюдения не выявлено, что подтверждено результатами клинических и эндоскопических исследований.*

Ключевые слова*: лапароскопическая фундопликация, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.*

Корутунду: *макалада гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусун жана боор этинин кызыл өнгөч көзөнөгүнүн чуркусун дарылоодогу Ниссендин фундопликациясын лапароскопиялык ыкма менен жасоонун алгачкы клиникалык тажрыйбасы көрсөтүлгөн. Операциялар 44-65 жаш куракгагы беш оорулууларга жасалган. Гастроэзофагеалдык рефлюкс оорусу 2 кишиде жана боор этинин кызыл өнгөч көзөнөгүнүн чуркусу 3 кишиде аныкталган. Көзөмөл убагында клиникалык жана эндоскопиялык изилдөөлөр менен тастыкталган оорунун кайталанышы аныкталган жок.*

Негизги сөздөр: *лапароскопиялык фундопликация, гастроэзофагеалдык рефлюкс оору, боор этинин кызыл өнгөч көзөнөгүнүн чуркусу.*

Актуальность

По данным литературы, в последнее время в гастроэнтерологии все большее внимание привлекают гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД), которые имеют тенденцию к росту и диагностируются у 10–60% взрослого населения [1, 2]. У 45-80 % пациентов с ГПОД обнаруживается рефлюкс-эзофагит, который приводит к таким осложнениям, как стриктура пищевода, короткий пищевод, язва пищевода, пищевод Barrett, являющийся облигатным предраком [3, 5].

Если вернуться к историческим страницам, впервые ГПОД была описана французским хирургом Ambroiise Pare в 1579 году и итальянским анатомом Morgani в 1768 году [1, 5].

Лечение больных с ГПОД и ГЭРБ и в настоящее время представляет сложную задачу. Противоречивость взглядов на выбор метода лечения (консервативное или оперативное), обусловлена, с одной стороны, наличием современных эффективных препаратов, а с другой - оперативных вмешательств, позволяющих достаточно надежно корригировать недостаточность кардии и устранять рефлюкс-эзофагит [5, 6].

Однако исследованиями доказано, что при несостоятельности антирефлюксного барьера консервативное лечение носит лишь симптоматический характер, заключающийся в пожизненном приеме ингибиторов желудочной секреции [2-4]. Консервативная терапия обеспечивает временный эффект и постепенно приводит к росту числа пациентов с ГЭРБ и ее осложнений [3, 5, 6].

Впервые антирефлюксная операция - фундопликация была проведена в 1936 году Рудольфом Ниссеном, предложившим формировать муфту из верхней части дна желудка вокруг нижнего сегмента пищевода [5]. При проведении фундопликации восстанавливается не только анатомическое строение, но и функциональное состояние нижнего пищеводного сфинктера: восстанавливается тонус, уменьшается количество преходящих расслаблений при растяжении желудка, улучшается его опорожнение. Известно, что у 40% больных ГЭРБ наблюдается нарушение двигательных функций пищевода [4, 6].

Первую в мире лапароскопическую фундопликацию по Ниссену произвел Деллемеге в 1991 году [3]. Внедрение лапароскопических технологий позволило пересмотреть взгляды на хирургическое лечение ГПОД и ГЭРБ и расширить показания к нему. Малотравматичный характер, относительно невысокая себестоимость, ранняя реабилитация больных, хороший косметический эффект делают лапароскопическое вмешательство операцией выбора в лечении ГПОД и их осложнений [4, 5]. Внедрение в клиническую практику эндохирургических вмешательств позволило значительно улучшить ближайшие результаты лечения ГПОД. Ряд исследователей подчеркивают, что фундопликация по Ниссену технически более удобна при использовании лапароскопических технологий, чем при открытом способе [3, 4].

Эндовидеохирургические технологии являются приоритетным направлением деятельности ЮРФА-Clinic, в том числе и неопухолевых патологий кардиоэзофагеальной зоны. Имея несколько клинических наблюдений, мы решили поделиться своим опытом лапароскопического лечения ГПОД и ГЭРБ.

Материал и методы

За период с 2013 по 2014 года в ЮРФА-Clinic были проведены лапароскопические операции 5 больным с патологией кардиоэзофагеальной зоны. Мужчин было 1 (20%), женщин – 4 (80%). Возраст пациентов: 44-65 лет. ГЭРБ была установлена у 2 больных (второй степени – 1, третьей степени – 1), ГПОД – у 3 (первой степени – 1, второй степени – 2). Согласно классификации ГПОД, предложенной Б.В. Петровским (1962), все 3 случая относились к скользящей форме. Размеры грыжевых дефектов колебались от 3 до 6 см. У всех 5 больных имелся рефлюкс-эзофагит. Согласно классификации Savary-Miller (1978), рефлюкс-эзофагит II степени был установлен у 3 (60%), III степени – у 2 (40%) пациентов. Длительность заболеваний колебалась от 1 года до 6 лет. Показаниями к антирефлюксному лапароскопическому лечению считали неэффективность консервативной терапии (блокаторы протонного насоса, Н2-блокаторы, эрадикационная терапия, антацидные препараты) в течение 12 недель и более. Двое больных имели сочетанные хирургические заболевания: пупочная грыжа (1) и спаечная болезнь брюшной полости (1). Основным методом диагностики ГЭРБ и ГПОД являлись видеоэзофагогастроскопия и контрастная рентгеноскопия.

Лапароскопические операции выполняли с использованием эндоскопической стойки «ЭФА-Медика» (Санкт-Петербург, Россия). Операции проводились под тотальной внутривенной анестезией с интубацией трахеи и в положении Фоулера. Основные этапы лапароскопической фундопликации по Ниссену с дорсальной круроррафией заключаются в следующем (рис. 2).

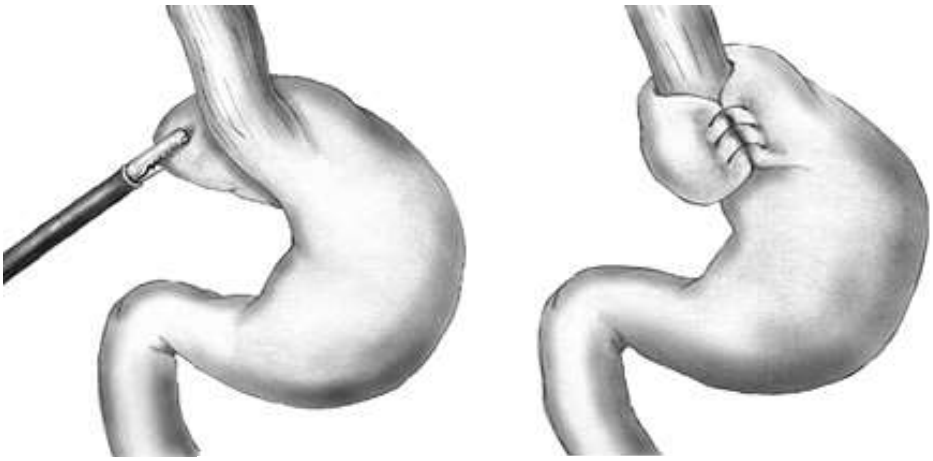


Рис.2. Схема фундопликации по Ниссену

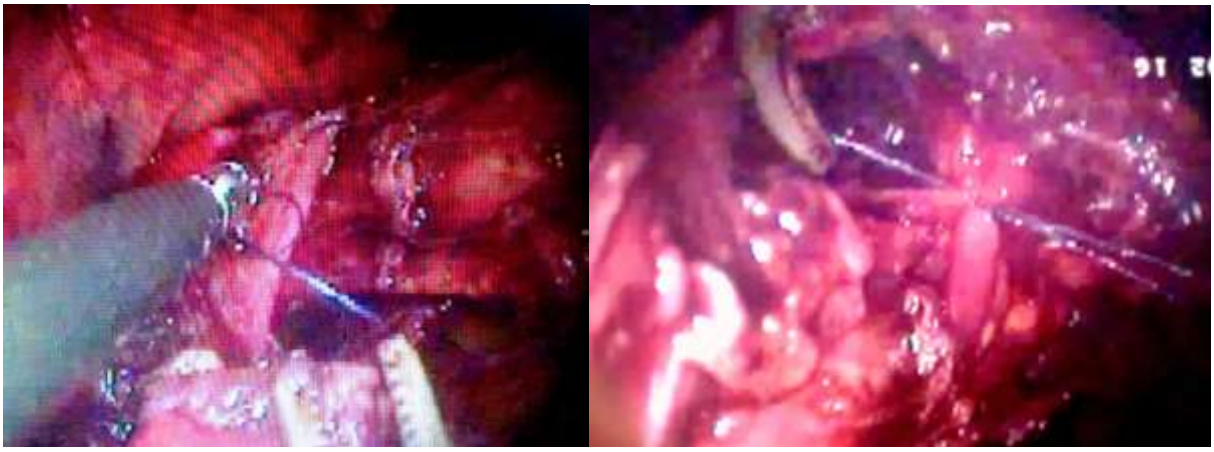
Положение больной на операционном столе с раздвинутыми ногами. Хирург располагается между ног пациента, камердинер справа от больного, а ассистент слева. После установки первого 10-мм троакара в области пупочного кольца и создания пневмоперитонеума в режиме 12 мм.рт.ст проводили панорамную ревизию брюшной полости. Схема установки троакаров представлена на рисунке 3. Два 10-мм эпигастрии справа от срединной линии ниже мечевидного отростка и выше и слева от пупка, два 5-мм троакара выше и справа от пупка и левом мезогастрии.

Рисунок 3. Схема установки троакаров.

Левую долю печени отводили краниально 10-мм трехлепестковым ретрактором, рассекали левую треугольную связку печени и печеночно-пищеводную связку и выделяли задние правую и левую ножки диафрагмы. При этом у больных с ГПОД всегда обнаруживали наличие диастаза между ножками диафрагмы, а абдоминальная часть пищевода, кардия и фундальный отдел желудка через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы находились в заднем средостении (рис. 4).

Рисунок 4. Эндофото собственного наблюдения (объяснение в тексте).

В области угла Гиса мобилизовали пищеводно-желудочный переход; переместившиеся в заднее средостение абдоминальный участок пищевода, кардию или дно желудка обратно выводили в брюшную полость; выделяли задние ножки диафрагмы. После мобилизации абдоминального отдела пищевода последний брали на турникет для тракции. Производили дорсальную круроррафию, на ножки диафрагмы накладывал 1-3 узловых шва нитью ПГА и ликвидировали овальное отверстие между ножками диафрагмы (рис. 5).



а б

Рисунок 5. Эндофото собственного наблюдения. Дорсальная круроррафия:
а – наложение узлового шва на ножки диафрагмы, б – затягивание швов.

Далее производили фундопликацию по Ниссену путем формирования манжеты из стенки фундальной части желудка с захватом в шов мышечного слоя пищевода (рис. 6).

Рисунок 6. Эндофото собственного наблюдения.
Окончательный вид операции.

В течение всей операции в желудке находился толстый желудочный зонд, что очень важно для профилактики послеоперационной дисфагии. Левое подпеченочное пространство дренировали полихлорвиниловой трубкой. Десуффляция. Узловые или степлерные швы на троакарные раны.

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность операции (от начала установки троакаров и до наложения кожных швов) составила 105±6 мин и зависела от таких факторов как первое освоение методики и наличие ожирения. Первые две операции были более продолжительными (140±7 мин), что связано с новой для эндохирурга методикой операции и адаптацией эргономических навыков. В последних операциях длительность вмешательства сократилась до 85±5 мин. При завязывании узлов мы применяем технику интракорпорального узла. Во время лапароскопической операции каких-либо осложнений (повреждение органов, кровотечение, пневмоторакс, гемодинамические осложнения) не было. Лапароскопическая фундопликация, как и другие эндохирургические операции, выполняется практически без кровопотери. При диссекции тканей в области оперативного поля применяли монополярную коагуляцию диссектором или L-образным электродом.

Двоим больным симультанно были выполнены лапароскопический адгезиолизис по поводу множественных висцеро-парительных спаек брюшной полости и грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Сапежко.

В послеоперационном периоде все больные активизировались уже через 6-9 часов после операции, переводились на раннее энтеральное питание. Послеоперационный болевой синдром был минимальным и не требовал наркотических анальгетиков. Перистальтика желудочно-кишечного тракта восстанавливалась в течение первых суток после операции. Необходимости в инфузионной терапии не было. Конверсий, осложнений и летальности не наблюдались. Дренажи из брюшной полости удаляли на 2-3 день. Среднее пребывание больных в клинике составила 3,5±0,3 койко-дней. У одной больной наблюдалась дисфагия в течение месяца и корригировалась самостоятельно. Развитие послеоперационной дисфагии описывается многими авторами [2-6]. Данное состояние было на начальном этапе освоения лапароскопической фундопликации.

Мы считаем, что при соблюдении всех требований предоперационной подготовки и обследования пациентов, при негрубых интраоперационных действиях, обеспеченных многократным оптическим увеличением, а также при правильном послеоперационном

ведении можно избежать фатальных осложнений. Минимальная операционная травма и возможность ранней активизации пациентов – это характерная особенность лапароскопического доступа. Лучшая визуализация верхнего этажа брюшной полости также способствовала на наш взгляд снижению операционных и послеоперационных осложнений.

Из 5 оперированных пациентов 4 находятся под наблюдением у нас в клинике (одна больная является гражданином России). Рецидивов заболевания в период наблюдения пока не выявлено, что подтверждено результатами клинических и эндоскопических исследований. Были проведены контрольные видеоэзофагогастроскопии через 1 и 6 месяцев после операции. Все больные чувствуют себя удовлетворительно, они подчеркивают, что после операции перестала беспокоить «мучительная» изжога и регургитация пищи, с первых дней не применяют антисекреторные препараты. Качество жизни у этих больных значительно улучшилось.

Выводы

Таким образом, анализ наших первых результатов оперативного лечения ГЭРБ и ГПОД показывает высокую эффективность и перспективность лапароскопической фундопликации по Ниссену, что соответствует результатам других исследователей. Необходимо дальнейшее освоение технических аспектов лапароскопической фундопликации по Ниссену и изучение ее ближайших и отдаленных результатов с оценкой качества жизни пациентов.

Литература:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: теория и практика. По итогам конференции // Здоровье Украины. – 2008. - № 19/1. – С. 11-13.
2. Жерлов Г.К., Понтер В.Э., Кошель А.П. и др. Хирургическое лечение рефлюкс-эзофагита // Хирургия. – 2004. - № 7. – С. 9-14.
3. Лапароскопическая хирургия неопухолевой патологии кардиоэзофагеальной зоны / Под ред. проф. Оспанова О.Б. – Астана, 2013. – 204 с.
4. Никитенко А.И., Родин А.Г., Овчинников В.А. Анализ результатов эндовидеохирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия. – 2012. - № 5. – С. 3-7.
5. Пучков К.В., Филимонов В.Б. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. – М.: Медпрактика-М, 2003. – 172 с.
6. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Лапароскопические операции в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы // Хирургия. – 2004. - № 4. – С. 42-44.

THE ANALYSIS OF FIRST RESULTS OF NISSEN LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION

Baygazakov A.T., Mamanov N.A., Osmonaliev B.K.
Endovideosurgical centre URFA-Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan.

Summary: *the article presents the first clinical experience of laparoscopic Nissen fundoplication in the treatment of gastroesophageal reflux disease and hiatal hernia. Operations were performed in 5 patients aged 44 to 65 years. Gastroesophageal reflux disease was present in 2 people, hiatal hernia - at 3 disease recurrence during the observation period have been identified, which is confirmed by the results of clinical and endoscopic studies.*

Key words: *laparoscopic fundoplication, gastroesophageal reflux disease, hiatal hernia.*

УДК: 618.1-089

Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Абдиева А.М.
Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic,
Бишкек, Кыргызстан

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Резюме: *в работе представлен опыт симультанного оперативного лечения сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний у 340 больных с применением эндовидеохирургических технологий.*

Ключевые слова: эндовидеохирургия, сочетанная патология, симультанная операция.

Корутунду: *макалада айкалышкан хирургиялык жана гинекологиялык оорулар менен ооруган 340 бейтаптарды эндовидеохирургиялык технологияларын колдонуу менен симультандык оперативдик дарылоонун тажрыйбасы көрсөтүлгөн.*

Негизги сөздөр: эндовидеохирургия, айкалышкан патология, симультандык операция.

Актуальность

Разработка и внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических технологий открыло новую страницу современной хирургии. Сегодня накопленный мировой опыт применения эндовидеохирургических технологий показал высокую эффективность и возможность проведения операций различной сложности, тем самым определив роль эндовидеохирургии как альтернативного метода лечения широкого спектра хирургических и гинекологических патологий. Эндовидеохирургия позволила снизить до минимума частоту послеоперационных осложнений и летальность, уменьшить травматичность операций и улучшить качество жизни оперированных людей [1-5].

Всемирной Организацией Здравоохранения в 1985 году опубликованы статистические данные, согласно которым у 25-30% больных, подлежащих оперативному лечению в связи с каким-либо заболеванием, выявляется несколько заболеваний, требующих оперативного лечения [1]. Однако, лишь у 1,5-6% таких больных производятся симультанные операции [1-3,7]. Низкое количество выполняемых симультанных вмешательств можно объяснить следующими причинами: недостаточное обследование больных на дооперационном этапе, неполноценная интраоперационная ревизия, преувеличение степени операционного риска при определении возможности проведения симультанных операций, склонность хирургов и гинекологов к выполнению этапного оперативного лечения сочетанных заболеваний, повышение ответственности врача при возможном неудачном исходе операции, психологическая неподготовленность хирургов и анестезиологов к расширению объема оперативного вмешательства [3, 4, 6]. Такие аспекты обусловлены разными взглядами хирургов и гинекологов, отсутствием общепринятой, научно обоснованной концепции симультанного лечения больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими патологиями. Все это свидетельствует об актуальности применения и изучения результатов эндовидеохирургических симультанных операций.

Цель работы: изучить результаты симультанных эндовидеохирургических операций в лечении сочетанных хирургических и гинекологических патологий.

Материал и методы

В эндовидеохирургическом центре ЮРФА-Clinic с 2011 по 2015 года прооперировано всего 1452 больных. Из них 340 пациентам с сочетанными заболеваниями проведены симультанные операции, что составило 23,4%. Женщины составили 324 (95,3%) человек, мужчины – 16 (4,7%). Возрастная характеристика выглядит следующим образом: пациентов до 20 лет было 5 (1,5%), 20-40 лет – 242 (71,2%), 40-60 лет – 74

(21,7%), старше 60 лет – 19 (5,6%). Из всего числа больных 175 (51,4%) в анамнезе ранее были оперированы по поводу различных заболеваний органов пищеварительной, сердечно-сосудистой, мочеполовой и опорно-двигательной систем. Из них 1 операцию перенесли 95 больных, 2 операции – 41, 3 операции – 29, 4 операции – 9 и 5 операций – 1 пациент.

Диагностический алгоритм включал в себя: общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, ИФА на ВИЧ и сифилис, маркеры вирусных гепатитов, онкомаркеры, ПЦР-диагностика урогенитальных инфекций, ХГЧ крови, УЗИ, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенологические методы, МРТ, РКТ.

По количеству сочетания нозологий, требующих хирургической коррекции, больные распределены следующим образом: 2 патологии – 215 (63,2%) больных, 3 патологии – 103 (30,3%), 4 патологии – 18 (5,3%), 5 патологий – 3 (0,9%) и 6 патологий – 1 (0,3%) больной. Были выявлены следующие хирургические заболевания: ЖКБ – 48, эхинококковая киста – 3, непаразитарная киста печени – 1, киста поджелудочной железы – 1, пупочная грыжа – 3, паховая грыжа – 4, послеоперационная вентральная грыжа – 1, острый аппендицит – 9, спаечная болезнь – 189, узловой зоб – 2, гнойный мастит – 1, хронический геморрой – 3, полипы анального канала – 2, папиллома паховой области – 1, доброкачественная гиперплазия простаты – 1, киста почек – 2, варикоцеле – 3, внематочная беременность – 110, кисты яичников – 139, миома матки – 55, сактосальпинкс (гидро- и пиосальпинкс) – 89, гидатидные кисты маточных труб – 59, аденомиоз матки – 4, полип эндометрия – 18, фиброма яичников – 3, гематома малого таза – 1, опущение передней стенки влагалища – 1.

У 42 (12,3%) пациентов были установлены сопутствующие терапевтические заболевания, среди которых преобладали КБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, анемия, гепатит, тиреоидит, варикозное расширение вен нижних конечностей, врожденный порок сердца.

При выполнении эндовидеохирургических операций использовали эндохирургический комплекс производства фирмы «ЭФА-медика» (Санкт-Петербург, Россия) с необходимым инструментальным набором.

Результаты и обсуждение

Желание пациентов являлось основополагающим для рассмотрения вопроса о возможности симультанного вмешательства. Во всех случаях при выявлении сочетанной патологии, требующей оперативной коррекции, нами проводилась беседа с пациентами, которые информировались о преимуществах симультанного хирургического лечения, о прогрессировании сочетанной патологии и возможном развитии ее осложнений. Также учитывались и экономические аспекты одновременной коррекции сочетанных патологий.

В результате расширенного комплексного предоперационного обследования у 207 (60,9%) больных заранее были диагностированы основное и сопутствующее хирургическое заболевание и, соответственно, объем лапароскопической операции был запланированным. В остальных 133 (39,1%) наблюдениях сочетанные патологии были выявлены интраоперационно в результате панорамной лапароскопической ревизии брюшной полости и малого таза. На операционном этапе проводили ревизию и уточняли имеющиеся патологии, определяли очередность вмешательств по принципу от «чистого к инфицированному».

Лапароскопическая холецистэктомия комбинировалась резекцией щитовидной железы с узлом, клиновидной резекцией правого яичника + кистэктомией левого яичника, кистэктомией из правого яичника + каутеризацией кисты левого яичника + адгезиолизисом, сальпинготомией правой маточной трубы + сальпингоовариолизисом + каутеризацией кист обеих яичников + хромосальпингоскопией, герниопластикой с предбрюшинной имплантацией полипропиленовой сетки по поводу паховой грыжи. В наблюдениях с пупочными грыжами и ЖКБ на первом этапе выполняли грыжесечение.

После ЛХЭ симультанная операция завершалась пластикой грыжевых ворот по Сапежко или Мейо. В остальных случаях ЛХЭ сочеталась с адгезиолизисом, удалением гидатидных кист придатков матки + сальпингоовариолизисом, двусторонней каутеризацией кист яичников, адгезиолизис + двусторонняя каутеризация кист обеих яичников.

Экстренная лапароскопическая аппендэктомия комбинировалась с кистэктомией из яичника, каутеризацией кисты яичника, лигированием левой яичковой вены (рецидив варикоцеле), адгезиолизисом, консервативной миомэктомией. Определение очередности этапов симультанной операции основывалось в первую очередь на принципе асептичности, т.е. изначально операция выполнялась на менее инфицированном органе.

При нарушении проходимости маточных труб, сакто- и гидросальпинксе, выполняли сальпинготомии (сальпингонеостомии). Это оперативное вмешательство сопровождалось выполнением хромосальпингоскопии с целью верификации восстановления проходимости маточных труб. При этом в 81% случае интраоперационно констатировано восстановление проходимости одной или обеих маточных труб.

Из всех операций наиболее часто произведен симультанный адгезиолизис (сальпингоовариолизис).

У больных с трубной беременностью (нарушенная и ненарушенная) тубэктомия выполнена лишь у 5. В остальных случаях произведена органосохраняющая операция - сальпинготомия с удалением плодного яйца. Эти операции комбинировались кистэктомией, каутеризацией кисты яичника, адгезиолизисом и удалением гидатидных кист маточных труб, консервативной миомэктомией.

При субсерозном расположении миоматозных узлов выполнена лапароскопическая консервативная миомэктомия. При субмукозной миоме матки осуществляли гистерорезектоскопию. В 1 случае с интерстициальной миомой матки больших размеров произведена конверсия с лапаротомией по Пфаненштилю и консервативная миомэктомия. В данном случае изначально лапароскопическим путем были выполнены двусторонняя сальпингонеостомия, адгезиолизис и хромосальпингоскопия. Перечисленные этапы операции всегда выполняем лапароскопически, т.к. они требуют использования минитравматичного инструментария с высокопрецизионными манипуляционными возможностями и в условиях многократного оптического увеличения, чего лишены открытые вмешательства. Соответственно, такие случаи нами не рассматриваются как неудачи операции, а запланированные этапы операции.

Дезартеризация геморроидальных узлов с лифтинговой мукопексией под контролем допплерографии при хроническом геморрое всегда выполнялась как симультанный этап оперативного лечения.

В наших наблюдениях перевод в конверсию был осуществлен у 6 больных из 340 (1,7%). Показаниями для конверсии послужили большие размеры интрамурально расположенной миомы матки (4 больных), выраженный спаечный процесс и нагноение кисты яичника с формированием абсцесса малого таза (1 больной), эхинококковая киста размером 8-10 см в 7-8 сегментах печени (1 больной).

Длительность пребывания пациентов в клинике после симультанных лапароскопических операций составила 1-4 дня. После открытых вмешательств (конверсии) длительность пребывания пациентов на койке составляла 4-6 дней.

В послеоперационном периоде клинически значимых осложнений, в частности гнойно-воспалительных (нагноение ран, внутрибрюшные абсцессы и др.), не выявлено. Больные активировались к концу дня операции и начинали раннее энтеральное питание. В первые сутки после операции наблюдали восстановление желудочно-кишечной моторики, боли в области троакарных ран были минимальными и редко требовали применения ненаркотических анальгетиков. Стандартная профилактика тромбоэмболических осложнений включала в себя назначение подкожных инъекций фраксипарина 0,3 мл.

Лапароскопическая методика оперативного лечения сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний решала проблему доступа к разным органам, благодаря чему открываются большие возможности в проведении симультанных операций. Не отмечено отягощающего влияния на течение послеоперационного периода выполненных симультанных операций.

Выводы

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет считать, что симультанные эндовидеохирургические операции в лечении больных с сочетанными хирургическими и гинекологическими заболеваниями являются методом выбора и позволяют избавить больных в пределах одного анестезиологического пособия сразу от нескольких сочетанных патологий, исключить риск повторной хирургической агрессии, повысить эффективность лечения, улучшить качество жизни больных. Необходима совместно координированная специализированная работа хирургов, гинекологов, урологов и анестезиологов в организации симультанного эндовидеохирургического лечения, а также расширение стандартного объема предоперационного обследования больных на дооперационном этапе с целью выявления сочетанных патологий, требующих оперативной коррекции.

Литература:

1. Альтмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции (обзор литературы). Вестник хирургии. - 2007. - Т. 166. - № 4. - С. 117-125.
2. Байрамов Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и хирургической патологии. Эндоскопическая хирургия. - 2009. - № 5. - С. 17-20.
3. Баулина Н.В. Симультанные операции в хирургии и гинекологии. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2004. - Т. 163. - № 2. - С. 87-91.
4. Пучков К.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии: монография. - М.: Медпрактика, 2005. - 168 с.
5. Федоров А.В., Кригер А.Г., Колыгин А.В. и др. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение). Хирургия. -2011. - № 7. - С. 72-76.
6. Hart S., Ross S., RosemurgyA. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy. J. Minim. Invasive Gynecol. - 2010. - Vol. 17. - № 6. - P. 798-801.
7. Surico D. Laparoendoscopic single-site surgery for treatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy. J. Minim. Invasive Gynecol. - 2010. - Vol. 17. - № 5. - P. 656-659.

ENDOVIDEOSURGERY IN THE TREATMENT OF COMBINED SURGICAL AND GYNECOLOGICAL DISEASES

Baygazakov A.T., Mamanov N.A., Abdieva A.M.
Endovideosurgical centre URFA-Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan.

Summary: *The paper presents the experience of simultaneous surgical treatment of combined surgical and gynecological diseases in 340 patients with the use of ehndovideosurgical technologies.*
Key words: endovideosurgery, combined pathology, simultaneous operation.

УДК: 617-089:611.367

Белеков Ж.О.[1], Джапиев У.Х.[2]
[1]Национальный Госпиталь МЗ КР, Бишкек
[2]Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош
Кыргызская Республика

ХИРУРГИЯ ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Резюме: *представлен опыт лечения 44 больных в возрасте от 21 до 81 года. «Свежая» травма внепеченочных желчных протоков имелась у 21 (47,7%) больного, рубцовые стриктуры – у 23 (52,3%). Было показано, что основным видом оперативного лечения является реконструктивная операция по Ру.*

Ключевые слова: ятрогенная травма, стриктура, внепеченочные желчные протоки, реконструктивная операция.

Корутунду: *21ден 81 жаш курактагы 44 оорулууну дарылоо тажрыйбасы сунушталган. Боор сыртындагы өт түтүктөрүнүн жаны пайда болгон травмасы 21 (47,7%), жиктүү стриктура - 23 (52,3%) оорулууда аныкталган. Оперативдикдарылоонуннегизги түрү болуп Ру ыкмасындагы реконструктивдүү операция экени көрсөтүлгөн.*

Негизги сөздөр:ятрогендик травма, стриктура, боорсыртындагыөт түтүктөрү, реконструктивдүү операция.

Актуальность

Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при выполнении холецистэктомии(ХЭ) является ятрогенной катастрофой, обусловливающей значительную частоту периоперационных осложнений и смертность, уменьшение продолжительности и ухудшение качестважизни больных, а также высокий риск последующих судебных разбирательств [1, 3, 5]. Целью хирургической коррекции повреждения ВЖП является надежное восстановлениежелчеоттока и предотвращение таких осложнений, как желчный свищ, внутрибрюшной абсцесс, стриктура, рецидивирующий холангит иабсцедирование печени, вторичный билиарныйцирроз [2, 4, 7].

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является «золотым стандартом» в лечении желчнокаменной болезни. Однако при ее выполнении частота повреждений ВЖП увеличилась по сравнению с таковой при открытой операции – соответственно 0,4-0,7 и 0,1-0,2% [1, 3, 4]. У 12-30% больных, оперированных по поводу «свежих» травм, в послеоперационном периоде формируютсярубцовые стриктуры ВЖП, что сопровождается стойкой утратойздоровья, трудоспособности и обрекает больного на повторные операции [1, 5, 6].

Во время операции по поводу ятрогенных травм или стриктур ВЖП, хирург сталкивается с проблемой выбора восстановительной или реконструктивной операции. При этом тактика лечения, выбор метода хирургической коррекции и отдаленный исход в значительной степени зависят от характера и локализации повреждения [2, 4-6]. Поэтому очевидна настоятельная необходимость дальнейшего изучения и разработки хирургической тактики, отражающей все лечебные и прогностические аспекты данной проблемы.

Цель работы:анализ опыта хирургического лечения ятрогенных травм и рубцовых стриктур ВЖП.

Материал и методы

В основу данного сообщения положен опыт хирургического лечения 44 больных с ятрогенными поражениями ВЖП, находившихся в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республикии хирургическом отделении №1

Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 1998 по 2014 года. Мужчин было 13 (29,5 %), женщин – 31 (70,5 %).Возраст больных колебался от 21 до 81года. Половозрастная характеристика больных представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от возраста и пола

Возраст	Количество больных				Всего	
	мужчины		женщины			
	абс	%	абс	%	абс	%
20-40 лет	3	6,8	17	38,6	20	45,4
41-60 лет	9	20,4	6	13,6	15	34
61-80 лет	1	2,3	7	16	8	18,3
> 80 лет	-	-	1	2,3	1	2,3
Итого:	13	29,5	31	70,5	44	100

Как видно из представленной таблицы, большинство больных составили женщины (70,5%).

Основным видом операции, ставшей причиной ятрогенной травмы ВЖП, была ХЭ – 41 (93,2%). Из них традиционная ХЭ была произведена в36 (87,8%) наблюдениях, ЛХЭ– в 4 (9,8%), ХЭ из мини-доступа –в 1 (2,4%). В остальных 3 (6,8%) случаях причиной ятрогении оказались резекция желудка (1), эхинококкэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

Ятрогенные травмы ВЖП в наших учреждениях развились у 19 (43,2%) больных (Национальный Госпиталь – 1, Ошская межобластная объединенная клиническая больница - 18). Остальные 25 (56,8%) больных были оперированы или переведены из других областных, городских и территориальных больниц нашей страны.

У 21(47,7%) пациентов имелись «свежие» ятрогенные повреждения. Характер «свежих» травм ВЖП был следующим: краевое пересечение холедоха – 1, полное пересечение и перевязка холедоха – 1, странгуляция холедоха лигатурой дренажа по Холстеду-Пиковскому – 1, полное пересечение гепатикохоледоха с иссечением холедоха – 1, краевое повреждение (коагуляционная перфорация) гепатикохоледохапри ЛХЭ – 1,пересечение гепатикохоледоха – 9 (краевое - 7, полное - 5), перевязка гепатикохоледоха – 1, пересечение и перевязка гепатикохоледоха – 1, клиппирование гепатикохоледоха – 2, повреждение правого печеночного протока – 3.

В 23 (52,3%) наблюдениях имелись рубцовые стриктурыВЖП. Распределение больных с рубцовыми стриктурами ВЖП, согласно классификации Э.И. Гальперина (2004) [1], представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных со стриктурами ВЖП
(классификация Э.И. Гальперина, 2002)

Тип	**Описание повреждения**	**абс**	**%**
+2	Культя ОПП ≥ 2 см	7	30,4
+1	Культя ОПП = 1 см	6	26,1
0	Культя ОПП = 0 см	7	30,4
-1	Культи ОПП нет, сохранен свод конфлюенса печеночных протоков	2	8,7
-2	Конфлюенспеченочных протоков разрушен	1	4,3
-3	Разрушение долевых протоков	-	-
	Итого:	23	100

С целью дифференциальной и топической диагностики проводили комплексное обследование, включающее, помимо общеклинических и биохимических лабораторных и инструментальных методов, специальные методы исследования. Ультразвуковое

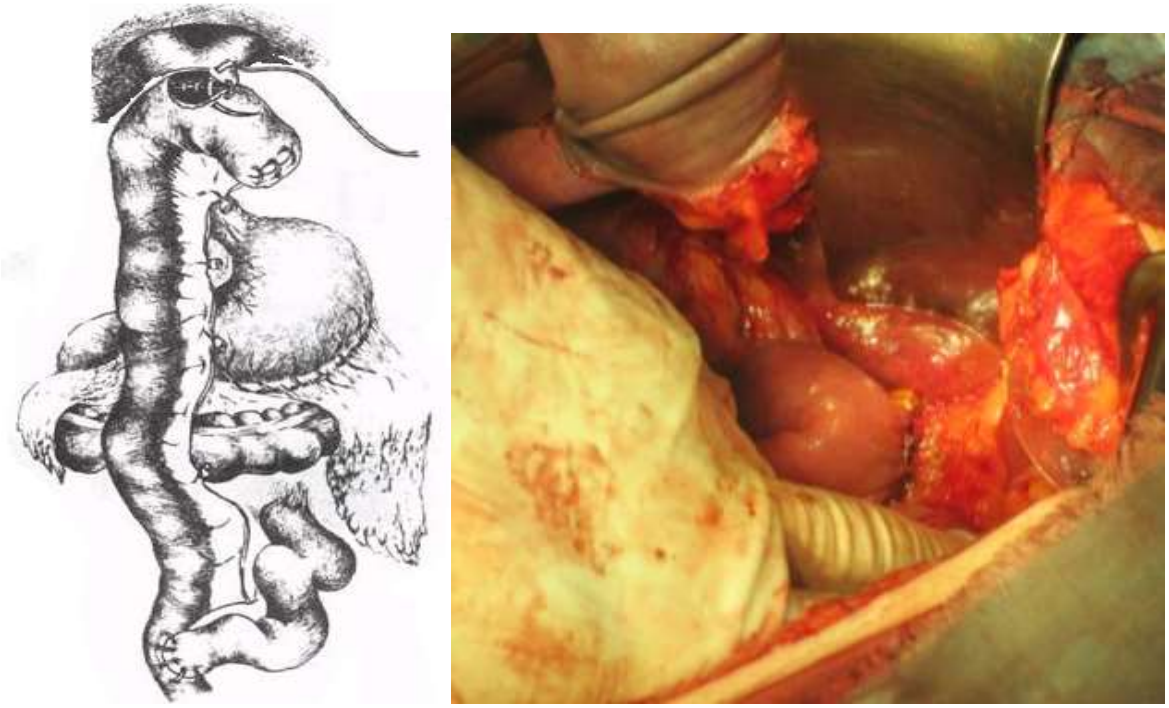
исследование проводили рутинно во всех случаях до применения инвазивных методов и позволял выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости. Ведущую роль в топической диагностике и определении уровня и протяженности поражения у больных с дренажами в системе ВЖП отводили фистулохолангиографии (рисунок 1).

Рисунок 1. Фистулохолангиографиясобст. наблюдения.
Стриктура тип 0 (по Э.И. Гальперину)

Результаты и обсуждение

Выбор лечебной тактики зависел от вида повреждения, наличия в клинической картине желчного перитонита, степени механической желтухи, тяжести состояния больных, а также от количества ранее перенесенных операций, выполненных с целью «исправить ошибку».

Мы являемся сторонниками бескаркасного билиодигестивного дренирования. Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоеюностомии по Ру (рисунок 1). Поврежденный ВЖП идентифицировали и мобилизовывалив проксимальном направлении. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания.Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле. Область анастомоза дренировали с помощью дренажей.



а б

Рисунок 1. Законченный вид бигепатикоеюностомии по Ру:
а – схема, б – фото собств. наблюдения.

Как было указано выше, из всех 44 больных в наше лечебное учреждение были переведены 25 (56,8%) пациентов. Из них 21 (84%) был оперирован в других учреждениях: 20 больным была проведенаодна операция и 1 пациенту – две операции. Результаты попыток восстановления билиарного пассажа при «свежей» травме ВЖП, как правило, были неудовлетворительными. Эти больные были направлены к нам на 2 сутки и позднее после операции.

Из 21 больного со «свежими» травмами ВЖП лишь у 6 (28,6%) повреждение было обнаружено интраоперационно. Из этой группы больных у одного сразу произведена хирургическая реконструкция – гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки. А в остальных 5 наблюдениях первый этап операции был завершен наружным дренированием желчных протоков.

В целом же при «свежих» повреждениях ВЖП 5 (23,8%) больным были выполнены одноэтапные заключительные операции в более ранние сроки после выявления травмы ВЖП. Из них в одном случае на 7 сутки после ЛХЭ было произведено ушивание гепатикохоледоха, в двух случаях – бигепатикоеюноанастомоз по Ру, в одном случае – гепатикоеюноанастомоз по Ру, в последнем случае операция завешена наружным дренированием по Вишневскому.

В 13 (61,9%) наблюдениях из 21 произведено двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе выполняли лапаротомию и наружное дренирование ВЖП (11 больных) или чрескожноечреспеченочное дренирование желчных путей под ультразвуковым наведением (2 больных). Вторым этапом осуществляли гепатико- (2), бигепатико- (8) и тригепатикоеюностомии по Ру (2). У одной пациентки осуществить билиодигестивную реконструкцию по Ру не оказалась возможной и второй этап операции был завершен наружным дренированием ВЖП. На наш взгляд такой исход хирургического лечения связан с неправильно выбранной первичной хирургической тактики в территориальном лечебном учреждении.

У 3 (14,3%) больных из 21 со «свежей» травмой ВЖП в целом было произведено трехэтапное оперативное лечение. На первых двух этапах было осуществлено наружное

желчеотведение с целью купирования желчного перитонита, стихания воспалительных процессов брюшной полости и стабилизации общего состояния больных. Лишь третьим этапом произведено наложение гепатико- (1) и бигепатикоеюноанастомоза по Ру (2). Здесь следует отметить, что этим 3 больным после операции ХЭ в других лечебных учреждениях были предприняты тактически ошибочные попытки восстановления целостности ВЖП, что повлекло за собой повторные операции. Наш опыт показывает, что при отсутствии возможностей первичной коррекции ятрогенной «свежей» травмы ВЖП (квалификация хирурга, желчный перитонит, механическая желтуха, тяжелое состояние больного) путем выполнения восстановительной или реконструктивной операции оптимально задренировать магистральные ВЖП на первом этапе и выполнить билиодигестивную реконструкцию по Ру на втором этапе хирургом с соответствующей профессиональной компетенцией в гепатобилиарной хирургии.

Таким образом, при «свежих» травмах ВЖП первично-восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному (ушивание травмы гепатикохоледоха после ЛХЭ). Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным (гепатикоеюностомия по Ру – 4, бигепатикоеюностомия по Ру – 12, тригепатикоеюностомия по Ру – 2). Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием ВЖП.

Хирургическая тактика при рубцовых стриктурах ВЖП зависела от уровня локализации стриктуры, степени механической желтухи и тяжести состояния больных. Из всех 23 больных этой категории 9 (39,1%) на первом этапе было произведено наружное дренирование ВЖП, у 2 (8,6%) больных имелся наружный желчный свищ. Соответственно эти 11 (47,8%) больных госпитализированы с купированной механической желтухой. А остальные 12 (52,2%) больных госпитализированы с механической желтухой. Были выполнены следующие операции: тригепатикоеюностомия по Ру (1 больной), бигепатикоеюностомия по Ру (12 больных), гепатикоеюностомия по Ру (4 больных), холедохоеюностомия по Ру (2 больных), холецистоеюностомия по Ру (1 больной), холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (1 больной), наружное дренирование ВЖП (2 больных). Одной больной был наложен раздельный бигепатикоеюноанастомоз на одной тонкокишечной петле, выключенной по Ру. В одном наблюдении предварительно были проведены эхонавигационныечрескожныечреспеченочные дренирования 3 абсцессов печени.

Следует отметить, что операции при рубцовых стриктурах ВЖП являются технически сложными ввиду развития массивных спаечных процессов в брюшной полости, трудности идентификации протоков, большой частоты высоких стриктур (10 больных, 43,4%). В 3 наблюдениях во время адгезиолизиса и ревизии были обнаружены и вскрыты абсцессы брюшной полости (2) и печени (1). У одного больного была удалена оставшаяся во время первой операции часть шейки желчного пузыря и кармана Гартмана. У 4 больных проведены гепатиколитотомии, из которых в двух случаях в комбинации с устранением холедоходуоденального свища (1) и разобщением гепатикодуоденоанастомоза из-за стриктуры этого соустья (1). Интраоперационно у 3 больных было кровотечение из воротной вены, которое было остановлено ушиванием атравматическим шовным материалом. В двух случаях операция была завершена наружным дренированием ВЖП как окончательный этап оперативного лечения.

Из всех 44 больных послеоперационные осложнения зарегистрированы у 5 (11,3%) пациентов: несостоятельность швов бигепатикоеюноанастомоза по Ру – 1, острая спаечная тонкокишечная непроходимость – 1, стеноз бигепатикоеюноанастомоза – 1, нагноение операционной раны – 2. Из них 2 осложнения наблюдались у больных со «свежими» ятрогенными травмами (острая спаечная кишечная непроходимость, стеноз бигепатикоеюноанастомоза), 3 осложнения – у пациентов с рубцовыми стриктурами (несостоятельность анастомоза, нагноение операционных ран).

Повторно оперировано 2 больных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (1) и стриктуры бигепатикоеюноанастомоза по Ру, развившейся через 4 месяца. В последнем случае произведена реконструкция бигепатикоеюноанастомоза по Ру. Но, несмотря на это, у данного пациента развился рестеноз анастомоза, в связи с чем было выполнено наружное дренирование ВЖП.

Послеоперационная летальность составила 2,2 % (1 больной).Причиной летальности явилась несостоятельность швов бигепатикоеюноанастомоза по Ру, развившейся на 2 сутки после операции.

Вывод

Таким образом, ятрогенная травма ВЖП в 71,4% наблюдений диагностируется в поздние сроки, после развития желчного перитонита, наружного желчного свища и механической желтухи.При желчном перитоните рекомендуется двухэтапный метод лечения: первый этап – наружное дренирование ВЖП и ликвидация перитонита, второй этап – реконструктивная операция.Основным видом реконструктивного лечения ятрогенных травм и рубцовых стриктур ВЖП является билиодигестивныйанастомоз (три-, би- и гепатикоеюностомия) на выключенной по Ру петле тонкой кишки с применением прецизионной технологиии рассасывающего атравматического шовного материала.Реконструктивные операции при ятрогенных травмах и стриктурах ВЖП должны выполняться хирургом высокой профессиональной компетенции в области гепатобилиарной хирургии.

Литература:

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков. Хирургия. – 2004. - № 5. – С. 26-31.
2. Гальперин Э.И.Что делать хирургу при повреждении желчных протоколов: 50 лекций по хирургии. Под ред. акад. В.С. Савельева. - М: MediaMedica, 2003. – С. 226-232.
3. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков. Хирург. – 2008.- № 4. – С. 13-20.
4. Назыров Ф.Г. и др. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков. Хирургия. – 2006. - № 4. – С. 46-51.
5. Шевченко Б.Ф. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. Хирург. – 2008. - № 5. – С. 15-19.
6. TocchiA.,MazzoniG., Liotta G. et al. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting. J Arch Surg.–2000. – V. 135. – N. 2. – P. 153-157.
7. Archer S.B. Bile Duet Injury During Laparoscopic cholecystectomy: Results of a National Survery. Ann Suig. – 2001. – V. 234. – N. 4. – P. 2001-2007.

SURGERY OF IATROGENIC INJURIES AND STRICTURES OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS

Belekov J.O.[1], Djapiev U.H.[2]

[1]National Hospital of the Ministry of Health, Bishkek

[2] OshInterregional united clinical hospital, Osh

KyrgyzRepublic

Summary:*Experience in treatment of44patients aged21to 81 yearsis presented. "Fresh" bile ductinjurywas present in21(47.7%) patients, stricture-in 23 (52.3%). Has been shown thatthe basic kindof surgical treatmentisRouxreconstructive surgery.*

Keywords:iatrogenicinjury, stricture, extrahepaticbile ducts, reconstructive surgery.

УДК: 616. 315-007.

Давыдова А.К., аспирантка Южного филиала НАН КР
института медицинских проблем

ПРИЧИНА И ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ РАСЩЕЛИН ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Резюме: *При обзоре литературы проведено изучение причин частоты развития врожденных расщелин верхней губы и неба и соотношения встречаемости на 1000 новорожденных на примере данных по литературных источников различных стран.*

Ключевые слова: *Врожденная расщелина верхней губы и неба.*

Кортунду: *Ар кайсы өлкөлөрдүн адабий булактарын карап чыгып төрөлгөн 1000 ымыркайдын арасында үстүнкү эриндин жана таңдайдын тубаса кемтиги менен төрөлгөн балдардын көптүгүнүн катышы жана себептери изилденди.*

Негизги сөздөр: *үстүнкү эриндин жана таңдайдын тубаса кемтиги.*

Врожденные пороки челюстно-лицевой области в связи с их частотой, тяжестью анатомических и функциональных нарушений, трудностью социальной адаптации пациентов, экономическими аспектами являются одной из важнейших проблем медицины. Частота врожденных пороков в популяции является важной характеристикой состояния здоровья населения. Распространенность ВПР человека является важной характеристикой состояния здоровья населения.

Большинство специалистов отмечают, что врожденному несращению верхней губы и неба сопутствует комплекс недоразвития костей лицевого и мозгового черепа, хрящевого остова и мягких тканей лица. У детей с расщелиной губы и неба появляется диспропорция роста верхней челюсти и других лицевых костей в костных швах из-за нарушения симметричного стимулирующего воздействия носовой перегородки, которая уже внутриутробно опережает свой рост. Фрагмент верхней челюсти на стороне несращения не получает стимулирующего воздействия, отстает в росте и остается смещенным. В тоже время данные о закономерностях роста кранио-фациального комплекса у детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в возрастном аспекте недостаточно освещены в работах специалистов. Требуется уточнение особенностей сопутствующей патологии окклюзии у данной группы пациентов.

Врожденная расщелина верхней губы и нёба резко нарушает анатомические соотношения всех тканевых структур среднего отдела лица: верхней губы, носа, верхней челюсти; изменяет физиологическое равновесие мышц околоротовой области, языка, жевательной мускулатуры. Механизм возникновения деформаций верхней челюсти при расщелине трактуется различно. Мамедов Ад. А. М. [14] указывает, что в росте лица эмбриона принимает участие носовая перегородка, кроме того развивается краниальная ротация компонентов расщелины, фрагменты верхней челюсти отстают в вертикальном росте и изгибаются краниально. Факторы нарушения физиологического равновесия мышц челюстно-лицевой области начинают действовать внутриутробно, но особенно сильно их деформирующее воздействие выражено в постнатальном периоде. Оно увеличивается у неоперированных детей с возрастом пропорционально увеличению нагрузки на верхнюю челюсть при акте сосания, жевания, речи, при пользовании соской, при наличии вредных привычек и т.д. [15].

Антропометрические исследования лицевого и мозгового черепа у детей с ВРГН, проведённые Р.Д. Новосёловым [16], Б.Н.Давыдовым [10, 11], выявили деформации всех лицевых костей и основания черепа. По данным Зелинской Д.И. [8] недоразвитие и дефект

костной ткани имеется лишь на стороне расщелины, но в тоже время показал, что недоразвит и край расщелины альвеолярного отростка на здоровой стороне.

По данным ВОЗ частота рождаемости детей с расщелиной губы и неба в среднем составляет 1:750 новорожденных (по России данный показатель колеблется от 1:1000 до 1:600 в разных регионах), что составляет 20-30% от всех пороков развития человека и 86% от пороков развития ЧЛО. В последние десятилетия отмечена тенденция к возрастанию частоты этого порока, как и в целом врожденных пороков развития, что связывается с повышенным влиянием токсических веществ на организм, интенсивным развитием промышленности, в частности химической.

Врожденная расщелина верхней губы и неба является распространенным мультифакторным пороком и занимает ведущее место среди всех врожденных пороков развития человека. По данным специалистов врожденная патология челюстно-лицевой области занимает 3-5 место среди всех врожденных пороков развития человека и в среднем рождается один ребенок с расщелиной губы и неба на 600-1000 новорожденных [7, 10]. В последние 40 лет XX века, к сожалению, неуклонно растет частота врожденных пороков развития человека: от 4 до 10,5% детей, при этом имеются существенные различия в цифрах по отдельным странам и регионам [7].

Причин врожденного порока развития много, в частности, экологические и социальные. Они существенно увеличивают распространенность врожденной и наследственной патологии. Возрастающее влияние факторов окружающей среды способствует ранней хронизации при экопатологических заболеваниях, как следствие — увеличению числа детей-инвалидов [8]. До 60-70% причин детской инвалидности связаны с перинатальным периодом [8]. Более чем у 60% детей-инвалидов отмечается сочетание нарушений в способнастях передвигаться, производить точные движения, говорить, адекватно вести себя, контролировать собственные действия, однако каждый двенадцатый ребенок-инвалид, несмотря на постоянную потребность в медицинской реабилитации, вообще нигде диспансерно не наблюдается[6].

Исследования Серов, В.Н. и соавт. [20], экотоксиканты могут попадать в организм всеми известными способами: через кожные покровы, желудочно-кишечный тракт, через дыхательные пути. Первые два пути характерны для работников сельского хозяйства и предприятий по производству экотоксикантов. Показано, что от 30% до 90% профессиональных отравлений в промышленности и около 27% в сельском хозяйстве – результат ингаляционного поступления экотоксикантов в организм.

Дети с врожденными пороками развития в России составляют от 1 до 12% от всех новорожденных, и их число непрерывно растет [2]. По данным исследователей России отмечается рост числа врожденных аномалий, особенно после 1986 г., как следствие аварии на Чернобыльской АЭС [3]. Это, по-видимому, связано с истинным ростом частоты патологии и с улучшением учета.

Hagberg C. и соавторы, обследовав 251 ребенка, рожденного между 1991-1995 г. в округе Стокгольм (Швеция) установили, что случаи расщелин были 2,0 на 1000 живых новорожденных. Частота рождения детей с расщелинами была выше среди мальчиков.

Tindlund R.S., Holmefjord A. [14] (Норвегия) приводят данные о ежегодном рождении 120-140 детей с расщелинами [2,0-1000]. Rosche C. и соавторы [14] отмечают разницу в частоте рождения детей с расщелинами среди различных этнических групп из нескольких европейских регионов. По их мнению, затрудняло проведение глобальных исследований отсутствие в большинстве европейских стран постоянной системы регистрации молформаций. Подобная система существует в Магдебурге (Германия). Население города составляет 1,5 миллиона жителей, число рождений около 8000 детей с 1980 года. При этом авторы отмечают высокую частоту рождения детей с расщелинами верхней губы и неба. Рождение детей с комбинированными и изолированными

расщелинами губы составляет 1, 85 на 1000 новорожденных, при этом 22% всех детей с расщелинами имели дополнительные пороки.

Сведения о частоте врожденных расщелин верхней губы и нёба в Республике Казахстан противоречивые [22]. Так, экологическая катастрофа Приаралья неблагополучно отразилась на здоровье населения этого региона, особенно женщин и детей [19]. Установлено, что частота врожденных расщелин верхней губы и нёба по региону 1,1 на 1000, а в г. Байконур 2,1 на 1000 или 1 ребенок на 476 рождений. В другом экологически неблагоприятном регионе (Центральный Казахстан) наблюдается аналогичная картина [13]. В целом в регионе частота ВРГН составила 1,1 на 1000, а в Темиртауском промышленном регионе 1 на 422. При изучении данных родовспомогательных учреждений г. Семипалатинска [1] получены интересные показатели. Различные врожденные пороки среди новорожденных встречались в 1,7 % случаев. Однако, по данным детских аутопсий, число ВПР достигает 14,6 %, что в 8,6 раза выше показателей полученных у живорожденных детей, причем ВРГН в 79 % случаев сочетались с пороками развития других органов и систем, тогда как в Алматы они составляют 15,6 %.

Высокие показатели рождения детей с ВРГН отмечены в зонах загрязненного атмосферного воздуха. Риск увеличения рождаемости детей с ВРГН, взаимосвязь между генетикой и окружающей средой постоянно исследуются [9] и все таки эти взаимосвязи недостаточно изучены, несмотря на развитие современной тератологии.

ВРГН является второй, наиболее часто встречающейся, врожденной деформацией после врожденной косолапости. Она стоит среди всех видов врожденных аномалий на 4-7 месте и относится к наиболее тяжелому виду по выраженности анатомических и функциональных нарушений организма [11], Рождаемость детей с челюстно-лицевой патологией в среднем составляет один на 500 новорожденных с тенденцией к увеличению за последние 15 лет [6]. По статистическим данным Мамедов Ад.А., Сутулов В.В. [15], по Москве за 1979-1993 гг. эта патология составляла от 0, 60 до 1, 17 случаев на 1000 новорожденных, по данным Исмайловой В.И. и соавт. [9] по Волгоградской области это соотношение 1:745 новорожденных.

Исследования З. О. Вадачкория (1996) показывают, что распространенность ВРГН в Республике Грузия в 1981-1990 гг. составляет 1,05 на 1000 живорожденных (1: 952). С 1981 по 1990 гг. этот показатель увеличился с 1:1053 до 1,19(1: 840). Врожденная расщелина верхней губы (ВРГ) составляла 0,042%, ВРГН — 0,043%, врожденная расщелина неба (ВРН) — 0,021% [14].

Частота рождения детей с такой патологией в США, по данным L.F. Smith и K.H. Calhoun (1991), составляет приблизительно 1 на 700-850 рожденных, что совпадает с данными ряда исследователей [17]. ВРН составляет 70-90 % от этой патологии. Врожденная изолированная расщелина неба встречается в 2 раза чаще у девочек, чем у мальчиков, а расщелина губы и неба бывает примерно одинаково как у мальчиков, так и у девочек [14].

По данным Давыдов Б.Н. [14] распространенность врожденной расщелины верхней губы у живорожденных в соотношении 1:1000, расщелины верхней губы и неба — 1: 500, из них: — 50 % — губа и небо, 15-20 % — только губа, 30-35 % — только небо. Приблизительно 10 % пациентов с ВРГН будут иметь другие аномалии при рождении.

Ребенок, рожденный с этой патологией, не способен создавать внутриротовое отрицательное давление, он не может полноценно кормиться грудью и, следовательно, не может нормально набирать вес. Кроме того, при затрудненном глотании происходит выброс пищи через нос. Из-за прямого сообщения полости рта и полости носа поступающий в организм воздух не увлажняется, не согревается, как следствие, присоединяется вторичная инфекция, возникают воспалительные явления в дыхательных путях новорожденного. ЛОР-органы также вовлечены в процесс воспаления и, как

вторичное осложнение, при этом развивается отит, мастоидит и другая патология со стороны среднего и внутреннего уха [21].

Если во врожденную патологию кроме расщелины губы, вовлечены альвеолярный отросток, твердое и мягкое небо, то деформация или недоразвитие фрагментов челюсти приводит к аномалиям прикуса и нарушению целостности зубочелюстного ряда. Речь таких больных (не оперированных) часто невнятна, непонятна для окружающих, вызывает жестокие издевательства и насмешки со стороны сверстников. Не является неожиданностью, что эти недостатки приводят к серьезным нарушениям психоэмоциональной, волевой сферы ребенка.

Малосведущие родители (обычно никогда не видевшие и не слышавшие о такой патологии) часто отказываются от таких детей после их рождения, ищут причину в себе, своих близких, в муже. Что вызвало рождение ими такого ребенка? Что явилось причиной? В чем они провинились, за что они заслужили такое несчастье? Эти и подобные сомнения завладевают ими сразу же после рождения ребенка. Но после того, как с мамой ребенка (или родственниками) в родильном доме встретится и проведет разъяснительную беседу специалист центра специализированной помощи детям с врожденной черепно-челюстно-лицевой патологией — микропедиатр, хирург, ортодонт, социальный работник, врач-психолог — родители постепенно успокаиваются и продолжают нормальную жизнь, если четко выполняют все указания и инструкции, предложенные врачами для того, чтобы их ребенка можно было бы быстро и хорошо подготовить к первому этапу комплексного лечения и в дальнейшем — к социальной реабилитации и адаптации [4,5].

Причиной возникновения этой патологии могут быть самые разные экзогенные и эндогенные факторы, воздействующие на развитие плода на раннем этапе его развития — от 4, 7, 9 недель. Анализ причин рождения ребенка с ВРГН показал, что в 5-25% случаев они определяются наследственным фактором, во всех остальных случаях порок имеет мультифакторное происхождение [9].

В исследованиях Ешиева А.М., Давыдовой А. К. (2013) проведена оценка рождаемости детей с патологиями челюстно-лицевой области по родильным домам г. Ош за период с 2010го до 2012год. Всего родилось детей 30598 из них с врожденными расщелинами 47 детей, что составляет 1,53 на 1000 новорожденных[12].

Другими факторами, влияющими на возникновение этой патологии, исследователи считают высокий родительский возраст, чувствительность родителей к вирусу краснухи, thalidomide, aminopterin, valproicacid, trimethadione, hydantoin, ethanol, табаку, противоопухолевым и противогипергликемическим средствам[23].

Приблизительно 15 % больным с ВРГН сопутствуют синдромы, появляющиеся как новые мутации или передающиеся наследованием. Многие из детей с ВРГН не переживают первый год жизни. Почти 300 синдромов были определены сопутствующими расщелине верхней губы и неба[5, 7, 12, 18, 19]. Таким образом, мультифакторная природа наследования, по нашему мнению, выступает доминирующим механизмом.

Литература:

1. Абралина Ш. Ш., Жаныбеков Д. Е., Сулейменова Ж.Б. Врожденные пороки лица и челюстей у детей Семипалатинского региона: заболеваемость, структура и факторы риска // Матер. 1У региональной науч.-прак. конф. стоматологов. – Барнаул, 2000. – С.328-331.
2. Афонина Е.В., Нечаева Е.Н., Стуколкин О.Н., Юрьев В.К. Влияние экологических факторов на рождение детей с врожденными пороками развития // Экология детства: социальные и медицинские проблемы.-Санкт-Петербург,1994.-С.44-45.
3. Власова И.Н., Беленцова Л.А., Стриженок Н.Ф., Аксянова Х.Ф. Врожденные пороки развития как маркеры экологического благополучия в регионе // Новые технологии в педиатрии. Материалы Конгресса педиатров России.М.,1995.-С.15-16.

4. Блохина С.И., Бобрович Т.Н., Козлова В.П. Формирование социальной направленности в работе врача-педиатра специализированного реабилитационного центра // Мат-лы российско- британского семинара «Партнерство во имя здоровья»: Екатеринбург. 1996. С. 24–28.
5. Блохина С.И. Медико-социальная реабилитация больных с врожденными расщелинами лица и неба в условиях специализированного центра:Автореф.дисс.докт.мед.наук.М.,1992.-49с.
6. Блохина С.И., Козлова В.П. Детские реабилитационные центры нового типа в России сегодня и завтра. // Очерки медико-социальной реабилитации семей, имеющих детей с проблемами здоровья. 4.III -Екатеринбург: НПО «Бонум»,1995.-С.3-9.
7. Бочков Н.П., Жученко Н.А., Катосова Л.Д. Мониторинг врожденных пороков развития в условиях загрязнения среды обитания человека // Экологические проблемы педиатрии. М., 1997. - С. 51-62.
8. Зелинская Д.И. Детская инвалидность (медико-социальное исследование): Автореф.дисс.докт.мед.наук.-Москва,1998.-41с.
9. Исмайлова В.И., Квартовкина Л.К., Фоменко И.В., Касаткина А.Л. Клинико-эпидемиологическое исследование врожденных пороков челюстно-лицевой области на территории Волгограда и Волгоградской области // Стоматологическое здоровье ребенка: тез. Ш Общерос. науч.-практ. конф. детских стоматологов. – М.- Волгоград, 2000. - С.12-16.
10. Давыдов Б.Н. Аномалии и деформации лицевого скелета у больных с расщелинами верхней губы и нёба /Б.Н.Давыдов Тверь: РИО ТГМА, 1999.- 150с.
11. Давыдов Б.Н. Аномалии развития и деформации лицевого скелета у больных с врождёнными пороками и их хирургическое лечение: Автореф. дис. . д-ра. мед. наук /Б.Н.Давыдов; Калининский гос.мед.институт. — М.,1984 .-44с.
12. Ешиев А. М., Давыдова А.К. Анализ рождаемости детей с патологиями челюстно-лицевой области по родильным домам г. Ош //Молодой учёный.-№5(52).-С.797-799.
13. Кенбаева Л.О. Эпидемиология врожденных расщелин верхней губы и неба в Центральном регионе Казахстана // Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы 1(1У) съезда стоматологов Казахстана. – Алматы, 1998. – С. 396-398.
14. Мамедов Ад. А. Врожденная расщелина неба и пути ее устранения. – Екатеринбург,1998. – 309 с.
15. Мамедов Ад. А., Сутулов В. В. Организация специализированной службы диспансеризации и комплексной реабилитации детей с врожденной расщелиной губы и неба в Липецкой области // Мат-лы Всероссийского симпозиума «Актуальные проблемы стоматологии» Всероссийского конгресса «Современные методы профилактики и лечения заболеваний пародонта», Республиканской конференции стоматологов Башкортостана «Экологические аспекты профилактики и лечения стоматологических заболеваний в Республике Башкортостан»» и 5-й международной специализированной выставки «Стоматология Урала – 2004». Уфа, 2004. С. 22–24.
16. Новоселов Р.Д. Значение возрастных особенностей развития лица* в хирургии врождённых расщелин верхней губы и нёба /Р.Д.Новоселов // Сб. научн. работ хирургия лица и челюстей. Калинин, 1987. — С.58-65.
17. Очнева Г.И., Мамедов Ад. А., Боев В.М. Частота и распространенность рождения детей с врожденной расщелиной губы и нёба по Оренбургской области // Эпидемиология, профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний у детей. Мат-лы научно-практической конференции, посвященные 30-летию кафедры стоматологии детского возраста Тверской государственной медицинской академии и 85-летию ее основателя профессора Р.Д. Новоселова. Тверь, 23–24 января 2004. С. 115–117.

18. Рогинский В.В., Дъякова С.В. Медицинская газета, 15.09.2004. -72. -С. 10–11.
19. Рысбаева Ж.И. Распространенность врожденных расщелин верхней губы и неба в регионе Приаралья // Вопросы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Алматы,1996. - С.92-93.
20. Серов, В.Н. Методологические аспекты исследований влияния экологических факторов на репродуктивную систему женщин / В. Н. Серов, О. В. Сивочалова, А. А. Кожин // Акушерство и гинекология. -1990.-№3.-С. 6-9.
21. Соколова А.В. Профилактика и коррекция нарушений слуха, обусловленных экссудативным средним отитом у детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. Автореф. дисс. …канд. мед. наук. М., 2003. 25 с.
22. Супиев Т.К., Ахметжанов А.М., Хиврич Л.И. Эпидемиология врожденных расщелин верхней губы и неба // Вопросы стоматологии. – Караганда, 1992. – С. 101-102.
23. Чуйкин С.В., Давлетшин Н.А. Врожденная расщелина неба: оперативное лечение и эндоскопическая оценка непосредственных и отдаленных результатов операций // Мат-лы Всероссийского симпозиума по проблеме «Новые технологии в стоматологии», второй Всероссийской конференции стоматологов Республики Башкортостан .-Уфа, 2005.- С. 22–24.

REASON AND FREQUENCY OF DEVELOPMENT OF CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE.

Davidova A. K. graduate student of the KR NAN Southern branch of institute of medical problems.

Summary: *In a review of the literature studied the causes of the incidence of congenital cleft lip and palate , and the ratio of occurrence per 1000 newborns by the data on the literature of different countries.*
Keywords: *Congenital cleft lip and palate.*

УДК: 616.31.053

Ешиев А.М., Орозматов С.Г., Давыдова А.К.,
Дарбишев Э. П., Халмурзаев М.М.,
ОМОКБ

СОСТОЯНИЕ ЛОР ОРГАНОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Резюме: *В обзоре литературы изложена связь заболеваний ЛОР органов при врожденных расщелинах губы и неба и их диагностика, устранение патологии ЛОР органов, последующей реабилитации данной категории больных.*
Ключевая слова: *врожденная расщелина губы и неба, патология ЛОР - органов, реабилитации.*

Кортунду: *Адабий жазылмаларды карап чыкканда үстүнкү эриндин жана таңдайдын кемтиги менен төрөлгөн балдардын ЛОР-органдардагы оорулардын байланышы жана дарты аныктоо менен ЛОР-оргадардын патологиясы бар категориядагы бейтаптарды калыбына келтирүү жана реабилитациялоо.*
Негизги сөздөр: үстүнкү эриндин жана таңдайдын кемтиги менен төрөлгөн балдардын ЛОР-органдагы патологиясы, Реабилитациялоо.

Состояние ЛОР органов у детей ВРГН занимает особое место в реабилитации этих больных. Наличие неестественно открытого сообщения полости носа, глотки, ротоглотки приводит к замедлению процесса согревания воздуха, проходящего через дыхательные пути, как следствие, к нарушению не только этой функции, но и всех других. ВРГН

относятся к порокам развития, вызывающим патологические нарушения во многих органах и системах.

Это — нарушения в общей костной системе, пороки развития челюстно-лицевого скелета и зубочелюстной дуги, нарушения в мышечной системе, касающиеся прежде всего артикуляционного аппарата, т.е. дыхательных, фонационных и артикуляционных мышц, заболеваний со стороны сердечно-сосудистой системы.

Это - патологические изменения в слуховом аппарате, обусловливающие нарушения слуха различной степени, что часто ведет к невозможности правильной артикуляции звуков, так как слуховой аппарат является самым важным рецептором, от которого зависит формирование речи, что в свою очередь взаимосвязано с социальной адаптацией пациента. Это — задержка и нарушение процесса пневматизации сосцевидного отростка, нарушение вестибулярного аппарата, а часто и функции левого полушария мозга.

Из выше перечисленного следует, что трудности, с которыми приходится сталкиваться оториноларингологу, невропатологу, психологу, сурдологу, фониатору, логопеду, фонопеду при обследовании и лечении детей с нарушением речи, связаны с поражениями не только периферических, но и центральных отделов нервной системы. Ребенок с ВРГН социально не адаптирован и таким его делает несостоятельность речи, как коммуникативной функции. Заинтересованность оториноларинголога заключается в конечном результате: полная медицинская реабилитация и социальная адаптация ребенка и семьи [2].

Сложность задачи диктует необходимость поисков нестандартных решений, которые могут представлять интерес для практического здравоохранения. В связи с этим необходима комплексная реабилитация с участием специалистов различного профиля. Исследованиями состояния среднего уха и остроты слуха [29] заболевания среднего уха выявлены у 98% детей с расщелиной неба [21]. Изучению влияния костно-реконструктивных вмешательств на речь, небно-глоточную функцию, слух до и после операций посвящены работы [21]. Артикуляция, голос, резонанс, порог слышимости, функция среднего уха были исследованы у 34 пациентов перед костнопластической операцией и после в динамическом наблюдении в период 3, 6, 9, 12 месяцев. Эти исследования позволили автору предположить, что патология прикуса влияет не только на нарушение артикуляции согласных звуков, но и на состояние среднего уха и что хирургические вмешательства приводят к исправлению большинства этих недостатков.

По данным наблюдений в условиях реабилитационного центра «Бонум» (Екатеринбург) за период с 1987 по 1994 гг., патология ЛОР-органов отмечена у 89% от общего числа находящихся на наблюдении и лечении детей с ВРГН [2]. Однако эти же данные приближаются к 50-60% в связи с уменьшением возраста при проведении первичной уранопластики (до 1,5-2 лет). Начиная с 1996 г. появилась тенденция к уменьшению этого показателя в связи с началом раннего (в 1,5 года) оперативного лечения ВРН. Дети, имеющие только расщелину губы страдают значительно реже.

По нашим данным соотношение числа пациентов с патологией ЛОР-органов по 3 группам (ВРГ, ВРН и ВРГН) составило соответственно 1:2:4. Оториноларингологическая помощь детям с ВРГН имеет свои особенности.

Заболевания среднего уха у этих детей встречаются достаточно часто. Установлено, что 71% всех детей в популяции по крайней мере один раз в год до 3х-летнего возраста болеют острым средним отитом [28]. В противоположность этому, дети с расщелиной неба неоднократно имеют рецидивы острого среднего отита или воспаление среднего уха с выделениями — экссудативный средний отит [27].

Ретроспективный анализ карт 80 больных с ВРГН [18] показал, что 37% детей имели заболевания среднего уха, 31% имели ненормальную аудиограмму, из них у 20 % детей выявлена проводниковая или смешанная потеря слуха. В среднем 46 % детей имели

отологические проявления, что указывает на необходимость педиатров и оториноларингологов сообща участвовать в лечении детей с раннего возраста.

В связи с этим в нашей клинике создан реабилитационный центр для детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, оснащенный всем необходимым оборудованием и инструментарием.

Влияние врожденной расщелины неба на перегородку носа. Исследования R. Latham [18] показывают, что при рождении в норме перегородка носа (сошник) бывает толстым и имеет «U»-образную форму. После рождения сошник значительно сужается, что позволяет улучшить функцию носового дыхания. Это становится очевидным у пациентов с ВРН. Двусторонняя расщелина верхней губы и неба — относительно симметричная деформация. Поэтому полноценность носового дыхания зависит от деформации сошника и его искривлений.

Врожденная односторонняя расщелина верхней губы и неба асимметрична и это является прямой причиной обструкции нормального носового дыхания. Носовая перегородка имеет две характерные деформации: заднюю и среднюю. Деформация заднего отдела вызвана отклонением колумеллы и перегородки в противоположную от расщелины сторону. Это приводит к обструкции носовых ходов, что, в свою очередь, к нарушению носового дыхания, хотя обычно это лучшая сторона для носового дыхания пациента. “Является ли это функцией патологического напряжения от m. orbicularis oris или это касается недоразвития сочленения сошника с горизонтальной небной пластиной твердого неба? — вопрос открытый, пишет R. Latham [18]. И на этот вопрос нет однозначного ответа до настоящего времени. Дополнительное прикрепление мышц, вероятно, имеет некоторое влияние на это состояние. Срединная сошниковая деформация характеризуется костным искривлением на стороне расщелины [9,10].

Эта деформация увеличивается в процессе роста и развития пациента. После первичной уранопластики основание дна носа сформировано и это влияет на остеогенез носовой перегородки, что влияет, в свою очередь, на функцию носового дыхания, соответственно — функцию речи, так как носовые пути являются резонаторными зонами речевоспроизводящего аппарата. Это необходимо учитывать всем хирургам, занимающимся проблемой лечения детей с ВРГН.

Влияние врожденной расщелины неба на функцию евстахиевой трубы. Высокая распространенность экссудативного среднего отита у пациентов с ВРГН традиционно связана с патологическим прикреплением m. levator veli palatini [1,9]. Авторами отмечается, что m. levator veli palatini — мышца, поднимающая мягкое небо, прикреплена к половине длины хрящевой части евстахиевой трубы (20 % против 40 %). У пациентов с ВРН это может влиять на способность этой мышцы к открытию евстахиевой трубы. Как известно, слуховая труба имеет длину 3,5-4 см. В ней различают две части: большую (2/3 трубы), хрящевую часть слуховой трубы, и меньшую, костную часть, залегающую в толще каменистой части височной кости [4]. Однако, патологическое расположение мышц при наличии ВРН является доминирующим фактором у этих пациентов. Мы также считаем, что в основном заболевания среднего уха возникают из-за дисфункции ЕТ.

При использовании неадекватных хирургических способов устранения ВРН при первичной уранопластике могут быть осложнения в виде недостаточности функции небно-глоточного кольца (НГК). Причины нарушения функции НГК могут быть различны, в том числе рубцовая деформация мышечных структур, приводящая к патологическому сужению просвета устьев евстахиевых труб, что влечет за собой соответственно нарушение нормального функционирования ЕТ и нарушение слуха. Мыщцы, натягивающие (musculus tensor veli palatini) и поднимающие (musculus levator veli palatini) небную занавеску, были изучены Casselbrandt M.L. и соавт. [8] и их влиянию на функцию открытия ЕТ. Авторы считают, что мышцы, натягивающие небную занавеску

(m. tensor veli palatini), имеют наибольшое значение при раскрытии устья евстахиевой трубы, столь важной при ее санации. Роль мышц, поднимающих небную занавеску, чаще остается под вопросом.

В 1970 году Fara M. Dvork J. [14] предположили, что дети с ВРН имеют гипопластические мышцы, поднимающие небную занавеску (m. levator veli palatini). Опыт применения велофарингопластики и полученные результаты обследования ЛОР-органов в различные сроки [3] позволили им сделать вывод, что этот вид операции патологических изменений со стороны ЛОР - органов не вызывает. О сокращении объема мышц поднимающих (m. levator veli palatini) небную занавеску у пациентов с ВРН сообщил Dickson D.R.[12]. По данным Shibahara Y., Sando I. [25], толщина мышц, поднимающих небную занавеску (m. levator veli palatini), меньше в популяциях имеющих ВРН. Поскольку мышцы, поднимающие небную занавеску (m. levator veli palatini), действуют на небо, как пращевидная повязка, расщелина оказывает определенный эффект на мыщцу в целом, но не следует считать, что она играет большую роль в функции ЕТ.

Гистологические исследования височной кости, проведенные Matsune S., Sando :I[19], подтвердили прикрепление мыщц, натягивающих небную занавеску (m. tensor veli palatini), к ЕТ. Во всех контрольных исследованиях было обнаружено прикрепление мыщц, натягивающих небную занавеску (m. tensor veli palatini), к верхушке латеральной пластины ЕТ, 40% пациентов с ВРН не имели этих прикреплений. У остальных 60% были лишь парциальные прикрепления мышц, натягивающих небную занавеску (m. tensor veli palatini).

Однако сухожилия и мышечные волокна прерываются жировой и соединительной тканью. Более выраженное воспаление среднего уха наблюдалось у детей с патологическим прикреплением мышц, натягивающих небную занавеску (m. tensor veli palatini). Это затрудняло открытие ЕТ. Дисфункция евстахиевой трубы проявляется в результате аномалий хряща и мышц этой трубы [25]. Ряд авторов [26] измерили угол между прикреплением мыщц, натягивающих небную занавеску (m. tensor veli palatini), и латеральной пластинкой, а также самой ЕТ. Маленький угол прикрепления делает открытие ЕТ менее эффективным. Это привело к мысли, что при врожденной расщелине неба евстахиева труба функционирует недостаточно. Плотность эластина в хряще ЕТ между медиальной и латеральной пластиной значительно уменьшена у детей с врожденной расщелиной неба [20]. Плохая эластичность может быть результатом усиления хлопанья и, следовательно, функциональной обструкции. Здесь также были отмечены значительные структурные различия в евстахиевой трубе. Автор своими исследованиями показал значительное уменьшение пропорций между латеральной и медиальной пластиной у пациентов с ВРН.

Оно сопровождалось уменьшением кривизны протока ЕТ. Когда мыщцы, натягивающие небную занавеску (m. tensor veli palatini), сжимаются и тянут латеральную пластину ЕТ то S-образный проток будет более функционален. По данным Gordon A.S. и соавт.[17], только 18% подростков с расщелиной неба имели нормальный слух. Исследованиями Albert D.M.[6] показаны значительные различия в случаях заболеваний среднего уха между пациентами с восстановленным и не восстановленным небом, проведенными в Шри- Ланке. Большинство этих детей имели постоянные проблемы со стороны среднего уха в возрасте до 10 лет и старше. Схожие постоянные заболевания среднего уха у 80% детей младшего возраста после восстановленного неба описал Dhillon R.S.[11].

Экссудативный средний отит оказывает значительное влияние на развитие речи и языка. Доказано значительное уменьшение выразительности речи после перенесенного ЭСО в раннем возрасте. Подтверждена прямая корреляция между выразительностью речи и продолжительностью воспалительного процесса, сопровождающегося истечением воспалительного экссудата (жидкости) из среднего уха [15]. В дополнение к оценке

нарушения речи Abdallah S. A.[5] обнаружил нарушение фонематического слуха, которое имеет прямое отношение к среднему уровню слышимости детей в возрасте 6-8 мес.

Наличие расщелины неба у детей это уже риск речевых нарушений и задержки речевого развития [23]. Поэтому успех логопедического обучения зависит от функции слуха и речи. По данным исследования [15] эти способности несколько хуже у детей с ЭСО, чем в аналогичных контрольных группах. Однако не обязательно, чтобы все дети с ЭСО имели задержки в развитии речи. В своих исследованиях [7] пациентов с ВРН разделили на две группы: одна с ЭСО и речевой задержкой, вторая с ЭСО, но без задержки речевого развития. В первой группе были значительные увеличения артикуляционных ошибок и задержка речи.

Социально-экономический статус был также фактором, влияющим на речевую задержку. Следует особо обратить внимание на часто встречающиеся заболевания среднего уха у детей с ВРН. Ретроспективный обзор 132 детей с ВРН провел Muntz H.R.[21] для оценки преобладания заболеваний среднего уха в этой группе и их потенциальных осложнений. Индикатором заболевания среднего уха было быстрое шунтирование барабанной полости, рецидивы острого отита среднего уха (3 и более раз в течение 6 мес.) и хронические ЭСО, протекающие более 3 мес. Были анализированы доказательства влияния заболеваний среднего уха на легкое вставление трубки и возможной перфорации барабанной перепонки, образования холестетомы и хронической отореи.

Аудиометрические наблюдения проводились во всех случаях. Из 132 детей у 57 требовалась двусторонняя миринготомия и шунтирование перед пластикой неба из-за рецидивов острого отита среднего уха. 70 пациентам необходимо было проводить шунтирование во время пластики неба (средний возраст — 14 мес.). Все, кроме 5 детей, нуждались в шунтировании барабанной полости. Отмечено, что у 50% детей требовалась дополнительная двусторонняя миринготомия и шунтирование.

В контрольной группе [16] у детей без врожденной расщелины неба, двусторонняя миринготомия и шунтирование требовалось менее чем у 30% пациентов. Отметим важность этих данных в зависимости от возраста: дети в младшем возрасте более склонны к заболеванию острым отитом, а в более старшем возрасте — к хроническим формам ЭСО. Тональная аудиометрия показала стойкое снижение слуха. Эти цифры не являются постоянными, так как с возрастом ребенка и течением заболевания риск развития осложненных форм увеличивается. Однако следует отметить, что заболевания среднего уха не одинаковы в клинических проявлениях. Не всегда детям требуется проводить шунтирование. Как только ребенок становится старше, частота случаев значительной потери слуха при заболеваниях среднего уха уменьшается. Меньше чем 50% детей нуждалось в шунтировании после 3 лет.

Каждая история болезни и физические исследования должны сопровождаться аудиобиологической оценкой перед шунтированием и тщательным анализом полученных результатов обследования. Предполагается, что дети будут иметь речевые и языковые трудности уже при снижении остроты слуха на 15 дб [24]. В группе пациентов средний порог слуха в 3-летнем возрасте был только 17 дб. Эта цифра показывает, что уровень снижения остроты слуха у детей с ВРН может способствовать замедлению развития речи и обучения. Этих детей можно наблюдать при обычных консультациях и проводить первичное лечение у врача по месту жительства. Однако эти группы детей нуждаются в более частом наблюдении оториноларингологом, как группы детей повышенного риска [21]. Ряд авторов [22] сделали обзор случаев холестеатомы и нашли снижение такого заболевания с 9,2 до 2,6% после координированного подхода в условиях стационара. Случаи инфекции с хронической отореей до 6% считаются высоким показателем. Они могут быть из-за нарушения дренажной функции ЕТ или несостоятельности шунтирования [13].

Ряд авторов [11] описали 97% случаев ЭСО у детей с ВРГН в возрасте до 24 мес. со дня рождения. Неизменное постоянство ЭСО увидели при парацентезе барабанной перепонки у детей с расщелиной неба в возрасте от 2 до 20 мес. При изучении популяций с односторонней расщелиной неба в возрасте от 3 мес. до 13 лет обнаружили, что они имели серьезные заболевания среднего уха.

По данным Yabe R. И соавт.[29] ЭСО был выявлен у 69% детей с ВРГН, а у детей со скрытой расщелиной неба до 8-летнего возраста немного ниже — 62%. Значительно меньше заболеваний было отмечено в группе пациентов с НГН — 28% после использования фарингеальных лоскутов. Эти авторы считают, что отоскопические находки и состояние слуха наиболее неблагополучны у 6-8-летних. В заключение следует отметить, что пластика ВРН не устраняет проблему заболеваний среднего уха. Анатомия мыщцы, натягивающей небную занавеску (m. tensor veli palatini), в популяции у детей с ВРН предполагает, что проблема не в самой расщелине, а в прикреплении мышц к ЕТ. Их не изменить при пластике неба. Тем не менее, есть тенденция улучшения их функции с возрастом.

Таким образом, устранение анатомического дефекта неба при врожденной расщелине губы и неба — не повод для прекращения наблюдения за детьми с ЭСО. Педиатры и другие врачи должны быть насторожены в отношении заболеваний уха и проводить оценку их состояния. Аудиологические тесты могут быть индикаторами. Медицинские и хирургические вмешательства могут быть необходимы для уменьшения потенциальных последствий заболеваний среднего уха. Дети, у которых в истории болезни отмечаются заболевания среднего уха, должны наблюдаться и в последующие периоды жизни.

Литература:

1. Белоусова Н.В., Ананян С.Г. Эндоскопическое изучение компонентов нёбно-глоточного смыкания // Стоматология. - 1985. - Т. 64, № 2. - С. 38-40.
2. Блохина С.И., Козлова В.П.. Детские реабилитационные центры нового типа в России- сегодня и завтра: // Очерки медико-социальной реабилитации семей, имеющих детей с проблемами здоровья; часть III, актуальные вопросы социально-педагогической и медицинской реабилитации детей// Матер. науч.практ. семинара. - Екатеринбург, 1995. – С. 3-9.
3. Водотыка А.А.. Пластика врожденных расщелин неба с применением лоскута из задней стенки глотки: автореф. канд. дис. - Днепропетровск, 1970.-16с.
4. Синельников Р.Д. Атлас анатомии человека. - М.: Медицина, 1974. – Т.3. – С. 336
5. Abdallah S. A study of the results of speech language and hearing assessment of three groups of repaired cleft palate children and adults.// Ann. Acad. Med. (Singapore). – 1988. – Vol. 17. - P. 388-391.
6. Albert D.M., Garrett J., Specker B., Ho M.: The otologic significance of cleft palate in a Sri Lankan population. //Cleft Palate J. -1990.–Vol.27.–P.155-161.
7. Brookhauser P.E., Goldgar D.E. Medical profile of the language delayed child: Otitis-prone versus otitis-free.// Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 1987. - N12. – P.237-271
8. Casselbrandt M.L., Cantekin E.I., Dirkmaat D.C., Doyle W.J., Bluestone C.D. Experimental paralysis of tensor veli palatini muscle. //Acta Otolaryngol. (Stockh.). – 1988. – Vol. 106. – P. 178-185.
9. Chierici G. Lip pressure changes following lip repair in Infants with unilateral clefts of the lip and palate. // Plasl. Reconstr. Surg. -1984. –Vol. 74. – P.480-481.
10. Crockett D.M., Bumsted R.M. Evaluation and management of nasal ai way obstruction in the cleft patient. In: Bardach J., Morris H.L., eds. Multidisciplinary Management of cleft Lip and Palate. - Philadelphia: Saunders, 1990.
11. Dhillon R.S.: The middle ear in cleft palate childreri pre- and post palatal closure:// J .R. Soc. Med. – 1988. – Vol. 81. – P.710-713.

12. Dickson D.R. Anatomy of the normal and cleft palate eustachian tube.// Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. - 1976. – Vol.85 (Suppl 25). – P. 25-29.
13. Dominquez S., Harker L.A. Incidence of cholesteatoma with cleft palate. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1988. – Vol. 97. – P. 659-660.
14. Fara M, Dvork J. Abnormal anatomy of the muscles of palatopharyngeal closure in cleft palate. //Plast. Reconstr. Surg. – 1970. – Vol. 146. – P. 488-497.
15. Friel-Patti S., Finitzo T.: Language learning in a prospective study of otitis media with effusion in the first two years of life.// J. Speech. Hear. Res. – 1990. – Vol. 33. – P.188-194.
16. Gates G.A., Avery C.A., Prihoda T.J. Effect of adenoidectomy upon children With chranic otitis media with effusion.// Laryngoscope. -1988. – Vol. 98. – P.58-63.
17. Gordon A.S., Jean-Louis F., Morton R.P.: Late ear sequelae in clelt palate patients. // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 1988. – Vol. 15. – P.149-156.
18. Latham R.A. Plastic Surgery. Cleft Lip and Palate and Craniofacial Anomalies Anatomy of the Facial Skeleton in Cleft Lip and Palate. // Philadelphia, Saunders, 1990. – Vol. 4. – P. 2581-2597.
19. Matsune S, Sando:I, Takahashi H: Insertion of the tensor veii palatine muscle into the eustachian tube cartilage in cleft palate cases. //Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1991. – Vol. 100. – P. 439-446
20. Matsune S., Sando I., Takahashi H.: Elastin at the hinge portion of the eustachian tube cartilage in specimens from normal subjects and those with cleft palate. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. – 1992. – Vol. 101. – P.163-167
21. Muntz H.R.: An Overview of Middle Ear Disease in Cleft Palate Children // J. Facial Plastic Surgery. – 1993. - Vol. 9, № 3. - P. 177-180.
22. Northern J.L., Downs M.P. Hearing in Children, 3rd ed, Baltimore: Williams Wilkins. – 1984. – P. 2-18, 234-247.
23. Pearce P.S., Saunders M.A., Creighton D.E., Saure R.S. Hearing and verbal-cognitive abilities in high-risk preterm infants prone to otitis media with effusion. // J. Dev. Behav. Pediatr. – 1988. - N 9. – P. 346-351.
24. Rach G.H., Zielhuis G.A., Vanden Broek. P. The influence ol chronic persistent otitis media with effusion on language development of 2-4 year olds. // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 1988. - N 15. – P.253-261.
25. Shibahara Y., Sando I. Congenital anomalies of the eustachian tube in cleft palate patients. // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. -1988- Vol. 97. – P.403-408.
26. Stewart M. G. Introduction to Cleft Lip and Palate: Baylor College of Medicine in Houston. (Texas) - 1991.
27. Stool SE, Randall P: Unexpected ear disease in infants with cleft palate.// Cleft Palate J. – 1967. - N 4. – P.99-103
28. Teele D.W., Klein J.O., Rosner B. and the Greater Boston Otitis Media Study Group: Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: A prospective cohort study.// J.Infect. Dis. – 1989. – Vol. 160. – P.83-94.
29. Yabe R, Abe M, Sawashima M: Otitis media with effusion in patients with cieft palate and congenital velopharyngeal insufficiency.// Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. – 1989. – Vol. 92. – P.1012-1020.

THE CONDITIONS OF ENT ORGANS IN CONGENITAL CLEFT LIP AND PALATE

Eshiev A.M., Orozmatov S.G., Davidova A. K ., Darbishev E.P., Khalmurzaev M.M., OIUCH.

Summary: *The review of the literature is presented connection ENT diseases with congenital cleft lip and palate and their diagnosis , elimination of ENT pathology , subsequent rehabilitation of these patients .*

Keywords : *congenital cleft lip and palate , pathology ENT - organs , rehabilitation*

УДК.616.31-002.

Ешиев А.М., Азимбаев Н.М., Курманбеков Н.О., ОМОКБ.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНЕГО СВЕТА

Резюме: *Применение синего света при лечении патологии СОР наряду с другими известными средствами физиотерапии расширяет арсенал патогенетических средств. Использование данного метода позволяет избежать побочных реакций, свойственных фармакотерапии, и относится к числу наиболее щадящих и легко переносимых методов лечения, а также может использоваться как самостоятельное лечебное средство, воздействующее на местные и общие причины развития хронического рецидивирующего афтозного стоматита.*

Ключевые слова: *хронический рецидивирующий афтозный стоматит, синий свет.*

Корутунду: Ооз коңдойүнүн чел кабыгынын патологиясын дарылоодо көк түстөгү свети колдонуу белгилүү физиотерапиялык каражаттардын топтомун кенейтет. Бул ыкманы колдонуу кыйыр таасирин тийгизбөөгө мүмкүнчүлүк берет. Маңыздуу фармокотерапиялык жана дарылоонун жеңил ыкмаларынын бири болуп эсептелет, ошондой эле жалпы жана жергиликтүү өнөкөт кайталануучу афтоздук стоматиптердин келип чыгуу себептерине таасирин тийгизүүчү дары-дармек катары өз алдынча колдонууга болот.

Маңыздуу сөздөр: өнөкөт кайталануучу афтоздук стоматит, көк свет.

Рецидивирующий афтозный стоматит (РАС) - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки рта (СОР), характеризующееся возникновением афт (язв) и протекающее с периодическими обострениям. Заболевание является одним из наиболее распространенных поражений слизистой оболочки рта.

По данным ВОЗ, поражает до 20% населения. Хотя этиология ХРАС остается до конца не выясненной, известно несколько важных предрасполагающих и приводящих к заболеванию факторов. К причинам возникновения заболевания относят также нарушения функции желудочно–кишечного тракта, респираторные инфекции, функциональные расстройства центральной и вегетативной нервной системы, гиповитаминоз В1, В12, С, Fe, хронические воспалительные заболевания носоглотки (отиты, риниты, тонзиллиты).

О.Ф. Рабинович с соавт. [5] считают, что в основе этиологии и патогенеза лежит аутоиммунная теория, позволяющая связать возникновение патологических элементов с нарушением клеточного и гуморального иммунитета, как местного, так и общего.

В частности развитие хронического рецидивирующего афтозного стоматита и парестезии слизистой оболочки, связано с определенными трудностями и является одной из актуальных задач. Данные заболевания сопровождаются нарушениями микроциркуляции, которая играет основную роль в трофическом обеспечении тканей [3,4].

Одним из первых признаков нарушения микроциркуляции являются локальный спазм артериальных сосудов, застойные явления в венулярных сосудах, а также снижение интенсивности кровотока в нутритивном звене капиллярного русла [6].

Разнообразие клинических проявлений, малая результативность лечения данных заболеваний СОР побудила нас к поиску новых средств и методов лечения. Таким больным наряду с традиционными методами лечения целесообразно назначать физиотерапию, так как рациональный выбор физических методов оказывает регулирующее влияние на нейрогуморальные процессы организма.

В последнее десятилетие в медицинскую практику активно внедряется синий свет длиной волны от 450 нм. Синий свет, проникая в ткани на глубину до 2,5 мм, повышает ферментативную активность и скорость обменных и окислительно-восстановительных процессов в организме, усиливает крово и лимфообращение, повышает иммунозащитные

реакции, оказывает воздействие на нервные окончания, ускоряет регенерацию тканей, оказывает анальгезирующее, десенсибилизирующее, бактериостатическое и бактерицидное действие [1, 2].

Цель настоящего исследования – повысить эффективность лечения заболеваний слизистой оболочки рта путём включения в лечебные комплексы синего света в волновом диапазоне 450 нм.

Материалы и методы исследования

Для достижения поставленной цели и решения задачи было проведено обследование 50 человек в возрасте от 21 года до 75 лет. Наблюдения проводили за пациентами, обратившимися в челюстно-лицевое отделение за период с 2014 до апреля месяца 2015 года. На основании наблюдений были составлены следующие группы: 1-я группа сравнения в количестве 25 - с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, получавших базовую терапию; 2-я основная группа – 25 человек с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, получавших базовую терапию а так же облучение синим светом.

Клиническое обследование больных включало сбор жалоб, анамнез заболевания, а также выяснение возможных причин возникновения заболевания, характера его течения и частоты обострений, эффективности проводимого ранее лечения. Оценку гигиенического состояния полости рта проводили с помощью индекса Фёдорова-Володькиной. В качестве дополнительных функциональных исследований динамики изменений, происходящие в сосудистом русле в процессе лечения мы, использовали пробу Олдрича и пробу Кулаженко.

У пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом лечение, прежде всего, было направлено на устранение причины. Общеукрепляющая терапия, лечение — антигистаминные препараты «Кестин» или «Тавегил» по 1 таб. 1 раз в день после еды 10 дней, а также имуномодуляторы Тималин.

Местно назначали ротовые ванночки с отварами трав (зверобой, календула), анестезирующие средства, проводили обработку элементов антисептиками (раствор 0,06% хлоргексидина, 0,04% фурациллина), протеолитическими ферментами («трипсин», «химотрипсин»), использовали средства, ускоряющие эпителизацию – «Облепиховое масло» в качестве аппликаций на пораженные участки на 10 минут.

Все обследованные с патологией слизистой оболочки рта имели сопутствующие соматические заболевания со стороны ЖКТ, эндокринной, нервной и сердечно-сосудистой систем, которые были выявлены на базе лечебных учреждений в соответствии с принятыми клинико-диагностическими стандартами. Статистическую обработку проводили с помощью компьютерной программы Microsoft Excel 2003.

Результаты исследований и их обсуждение

Для получения статистических данных был проведен анализ структуры выбранных заболеваний СОР по 50 амбулаторным медицинским картам пациентов. Лидирующую позицию (до 98% случаев) в жалобах у наблюдаемых пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом занимала боль в области пораженных участков слизистой оболочки рта и затруднение приема пиши. Выше указанные субъективные проявления подтверждались объективными данными, выявляемыми при стоматологическом обследовании.

В подавляющем большинстве случаев (96,%) поражения слизистой оболочки рта наблюдались в виде афт, с ровными краями круглой или овальной формы с желтовато-белым фибринозным налетом на фоне гиперемии в области поражения слизистой. Анализ результатов показал, что у пациентов страдающих хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, которые получали помимо традиционной терапии облучением синим светом, эпителизация элементов на 3-4 день отмечалась у 78% основной группы больных, против 52% сравниваемой группы, а к концу 8-ого дня достигала 96% и 92%

соответственно. Исчезновение признаков нижнечелюстного лимфаденита у пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом в наших исследованиях наблюдалось на 7-ой день лечения в обеих группах.

Функциональные методы исследования подтверждали наличие отека слизистой полости рта. Рассасывание волдыря при проведении пробы Олдрича происходило в большинстве случаев в течение 25-30 минут, что говорит о повышенной гидрофильности тканей. Показатели пробы Кулаженко колеблются от 31 до 40 секунд в 66% случаев; насыщенность организма аскорбиновой кислотой недостаточна на момент обследования у 92% пациентов, что говорит о слабости капиллярного русла.

При изучении состояния кровотока на капиллярном уровне методом ЛДФ-метрии у лиц, включенных в исследование, было установлено значительное нарушение микроциркуляции, свидетельствующее об ухудшении перфузии тканей кровью за счет застойных явлений в венулярном звене.

Через 12(24) месяцев по нашим наблюдениям показатели соответственно составили 59,38±14% (35,0±13,8%) и 20,0±11,4% (7,68±7,6%) с сохранением достоверности на уровне $p \leq 0,05$. При этом коэффициент ассоциации 1,0 как показатель сильной статистической связи был отмечен в сроки 12 и 24 месяца.

Функциональные методы исследования пробой Олдрича подтверждали наличие отёка слизистой оболочки рта у 50% пациентов через 12 месяцев, через 24 месяца процент снизился до 37% в основной группе, а в сравниваемой группе через 12 месяцев 71% случаев и через 24 месяца 54% пациента. Образование гематомы при проведении пробы Кулаженко до 40 секунд происходило у 8%, а в последующем у 3% обследованных в основной группе и 18%, и 15% в группе сравнения, соответственно. Анализ отдаленных результатов через 12 и 24 месяца после поведения курса лечения показал стремление всех микроциркуляторных показателей в тканях полости рта к значениям нормы, хотя они не достигали их, что могло говорить о недостаточной вазомоторной активности микрососудов.

В ходе лечения хронического рецидивирующего афтозного стоматита наши наблюдения позволили установить, что степень объективности данных опроса подтверждалась результатами специальных функциональных исследований. Использование синего света в комплексном лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита слизистой оболочки рта является более эффективным по сравнению с преимущественно медикаментозной терапией за счет быстрой стабилизации микроциркуляции и сохранения её более длительно в пределах нормальных значений. Применение синего света наряду с другими известными средствами физиотерапии расширяет арсенал патогенетических средств при лечении патологии СОР. Использование данного метода позволяет избежать побочных реакций, свойственных фармакотерапии, и относится к числу наиболее щадящих и легко переносимых методов лечения, а также может использоваться как самостоятельное лечебное средство, воздействующее на местные и общие причины развития хронического рецидивирующего афтозного стоматита.

Литература:

1. Ешиев, А.М. Влияние ряда физических и химических факторов на процессы регенерации костных дефектов челюстей [Текст] / А. М. Ешиев, С.К. Алимжанов, Д.А. Ешиев // Молодой ученый. — 2014. — №7. — С. 213-215.
2. Ешиев, Д. А. Лечение больных с дефектами альвеолярного отростка челюстей с применением синего света и электровибромассажа [Текст] /Д. А. Ешиев, А. М. Ешиев // Медицинские кадры XXI века. Бишкек, 2014.-№ 1.-С-50-54
3. Вахрушина,Е.В.Клинико-лабораторное обоснование иммунокорриги-рующей терапии больных с рецидивирующим афтозным стоматитом /Е. В. Вахрушина Автореф. канд. мед. наук.-Москва, 2012.-21с.

4. Максютова Е.М. Стоматологический статус у больных с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом// IX конференция Калининского областного научно-медицинского общества стоматологов. "Профилактика и лечение основных стоматологических заболеваний". -Калинин, 1983. - С. 35-38.
5. Рабинович О.Ф., Рабинович И.М., Панфилова Е.Г., Вахрушина Е.В. Рецидивирующий афтозный стоматит-этиология, патогенез (Часть I) // Стоматология. – 2010.-Т.89,№1.-С71-74.
6. Сабанцева, Е. Г. Опыт клинического применения экзогенного оксида азота при лечении афтозного стоматита. [Текст] / Е. Г. Сабанцева, И. М. Рабинович, А. В. Пекшев // Стоматолог (Харків). - 2004. - № 1. - С. 8-10.

COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT APHTHOUS STOMATITIS USING BLUE LIGHT.

Eshiev A.M., Azimbaev N.M., Kurmanbekov N.O. Osh Interoblast Hospital

Summary: The use of blue light in the treatment of pathologies of mouth cavity along with other known means of physiotherapy expanding arsenal of pathogenic agents. Using this method avoids the side effects characteristic of pharmacotherapy, and is among the most benign and tolerable treatments and can be used as an independent remedy, impact on the local and common causes of chronic recurrent aphthosus stomatitis.

Keywords: chronic recurrent aphthous stomatitis, blue light.

УДК: 616.314.17

Ешиев Д.А., Мырзашева Н.М., Эгемкулов Т.А., ОМОКБ

ЭЛЕКТРОВИБРОМАССАЖ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ И ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Резюме: *В статье отражены результаты проведенного исследования по применению электровибромассажа на примере 535 больных как с послеоперационными дефектами, так и с переломами нижней челюсти.*

Ключевые слова: *электровибромассаж, костный дефект альвеолярного отростка, перелом нижней челюсти.*

Кортунду: Макалада 535 бейтапка колдонулган операциядан кийинки кемтиктерди жана астыңкы жаактын сыныктарын электрдик термелтип укалоонун жыйынтыктары чагылдырылган.

Негизги сөздөр: Электрдик термелтип укалоо, альвеолярдык өсүндүдөгү сөөк кемтиктери, астыңкы жаактын сыныгы.

В хирургической стоматологии наибольший интерес представляют поиски методов стимуляции остеогенеза дефектов костной ткани, а также остеорегенерации линии переломов нижней челюсти и создании оптимальных условий для течения регенеративных процессов [4, 7]. Исследователями доказано, что при воздействии электровибромассажа на кожу улучшается секреторная функция потовых и сальных желез, при этом очищаются их выводные отверстия от секрета. Активизируется лимфо и кровообращение кожи, устраняется влияние венозного застоя, усиливается кровоснабжение кожи и, следовательно, улучшается ее питание [1, 3, 5, 6].

Отмечается активное воздействие массажа на периферическую нервную систему уменьшением или прекращением боли, улучшается проводимость нерва, тем самым ускоряется процесс регенерации костных тканей в области дефектов. Электровибромассаж активно стимулирует репаративный остеогенез независимо от

величины костного дефекта [2, 7].

Все вышеизложенное свидетельствует об актуальности данной проблемы и является основанием для поиска нового способа стимуляции костной регенерации с позиций современных инновационных технологий.

Цель исследования: воздействие электровибромассажа на заживление послеоперационных костных дефектов альвеолярного отростков челюстей, а также переломов нижней челюсти.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 535 больных, из них 195 больных с дефектами альвеолярного отростка челюстей, с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти 100 больных, с открытыми переломами нижней челюсти 240 больных.

1-я клиническая группа исследования - 195 больных с костными дефектами альвеолярного отростка челюстей. Из них мужчин - 77, женщин - 118, возраст пациентов колебался от 15 до 73 лет. Пациенты разделены на 2 группы. Основная группа - 104 (53,3%) больных с костным дефектом альвеолярного отростка челюстей, которым применялся электовибромассаж.

Сравниваемая группа - 91 (46,7%) человек, где проводилось лечение по общепринятой традиционной методике.

Распределение больных по локализациям и причине возникновения костных дефектов альвеолярного отростка челюстей представлены в табл. 1.

Таблица 1 - Причины возникновения костных дефектов альвеолярных отростков

п\п	Костные дефекты альвеолярного отростка челюстей	Основной группы	Контрольной группы	Всего
1	После сложного и атипичного удаления зубов и корней	20	20	40
2	После удаления ретинированных и полуретинированных зубов мудрости	30	22	52
3	Переломы альвеолярных отростков	16	16	32
4	После удаления зубов, по ортодонтическим показаниям (при макрогнатии нижней челюс-ти удаление зачатков 8 зуба)	18	13	31
5	После удаление доброкачественных опухолей альвеолярного отростка	20	20	35
6	Итого:	104	91	195

2-я клиническая группа исследования - 100 больных с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти. Большинство случаев - 62 (34,4%), составили больные с переломом мыщелкового отростка и переломами в приделах зубной дуги без смещения. Изолированные переломы мыщелкового отростка нижней челюсти отмечены у 37 (20,5%) пациентов, в одном (0,5%) случае - изолированный перелом венечного отростка нижней челюсти. У 80 (44,4%) больных посттравматический артрит височно-нижнечелюстного сустава, из них у женщин 15 (8,3%) случаев. Распределение больных по локализации перелома представлены в табл.2.

Особое место занимала иммобилизация фрагментов перелома мыщелкового отростка нижней челюсти. У основной группы 52-больных, в схему лечения была включена модифицированная иммобилизационно - реабилитационная шина. В сравниваемой группе - 48 больных иммобилизация фрагментов нижней челюсти выполнялась обычной двухчелюстной шиной Тигерштедта с зацепными петлями и эластической резиновой тягой.

Таблица 2. Распределение больных по локализации перелома в количественном и процентном соотношении.

№ п/п	Локализации перелома	Количество больных	% соотношение
1	Перелом мыщелкового отростка и центрального отдела нижней челюсти	30	16,6
2	Перелом мыщелкового отростка и ментальной области нижней челюсти	22	12,3
3	Перелом мыщелкового отростка и тела нижней челюсти	10	5,7
4	Изолированные переломы мыщелкового отростка нижней челюсти	37	20,5
5	Изолированные переломы венечного отростка нижней челюсти	1	0,5
Всего		100	55,6

3-я клиническая группа исследования - 240 больных с открытыми переломами нижней челюсти. Основная группа 120 больных – леченные хирургическим методом с использованием электровибромассажа. контрольная 120 больных – леченные традиционным методом ведения открытых переломов нижней челюсти.

Во всех 3х клинических группах больных в основной группе дополнительно для усиления регенерации костной раны и улучшения кровообращения назначался электровибромассаж в области линии перелома или костного дефекта альвеолярного отростка челюстей, плотность мощности которого в пределах 100-200 Гц. При экспозиции 10 минут 2 раза в день, кратность электровибромассажа 14 сеансов.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой схеме. Учитывали данные анамнеза, жалобы больного, проводились объективные и дополнительные специальные методы обследования. Также проведены рентгенологические методы обследования, лабораторно-микробиологические исследования, реографические исследования, статистическая обработка цифровых данных.

Результаты исследования и их обсуждение.

Оценка эффективности с применением электровибромассажа в клинике: проведенные перед началом лечения исследования показали, что исходные данные в группах находились друг от друга примерно на одном уровне. Сравниваемая и основная группа существенно не различались по качественному составу признаков, например, не наблюдались сопутствующие заболевания ни у какой из групп, которые могли в какой-то мере исказить результаты исследования.

Клинико-лабораторные исследования в кратчайшие сроки показали, что у 93,0% больных основной группы, при применении комплексного лечения с применением электровибромассажа, наблюдалось улучшение общего самочувствия, уменьшение отеков и болей в области послеоперационной раны уже к 2,5±0,18 суткам. Это объясняется тем, что использование электровибромассажа на месте оперативного вмешательства оказывает противоотечное, бактерицидное и анальгезирующее действие, а также электровибромассаж способствует более быстрому обратному развитию послеоперационного отека и сокращению периода восстановления функции - движения нижней челюсти.

При этом у 75,0% больных сравниваемой группы, где возмещение костного дефекта альвеолярного отростка под кровяным сгустком, а также переломов нижней челюсти происходило без применения электровибромассажа, продолжительность болевого синдрома составила 3,2±0,21 суток, что немного больше, чем в основной группе

(P>0,05).

Средние сроки купирования отека у больных сравниваемой группы составили 6,2±0,27 суток. В основной группе этот показатель составил 4,8±0,36 суток (P<0,05). Температура тела у больных основной группы нормализовалась на 1,2±0,2 сутки, а в группе сравнения только на 1,9±0,8 сутки (P<0,05). Наблюдалась более ранняя нормализация лабораторных показателей у больных основной группы. Лабораторные показатели у больных основной группы: СОЭ нормализовалось на 5-6 сутки, в сравниваемой группе в эти сроки наблюдалась только тенденция к ее снижению. Количество лейкоцитов в основной группе составило к концу лечения $6,14x10^9$±0,54, у больных сравниваемой группы $7,12x10^9$±0,83 (P<0,05).

Сроки заживления слизистой оболочки костных дефектов и послеоперационной раны при переломах нижней челюсти составляли в основной группе 8,1±1,2 сутки, в сравниваемой группе 10,4±2,1суток. Длительность лечения составила в основной группе - 8,2±1,9 суток, в сравниваемой - 10,6±2,4 суток (P<0,05).

Через 10 дней после операции в основной группе больных в 100% случаев отмечено заживление раны первичным натяжением. В группе сравнения у 6 больных (6,5%) наблюдалось расхождение швов (нагноение послеоперационной раны), эти воспалительные процессы купировались после применения антибиотиков и антисептических растворов. Заживление раны происходило вторичным натяжением через 20 дней (P>0,001).

Результаты применения электровибромассажа при лечении переломов мыщелкового отростка нижней челюсти: в основной группе больных на второй день после наложения шины был назначен электровибромассаж в области линии перелома мыщелкового отростка нижней челюсти. Под воздействием электровибромассажа на кожу улучшается секреторная функция потовых и сальных желез, при этом очищаются их выводные отверстия от секрета. Активизируется лимфо и кровообращение кожи, устраняется влияние венозного застоя, усиливается кровоснабжение кожи и, следовательно, улучшается ее питание. При этом также отмечается активное воздействие массажа на периферическую нервную систему ослаблением или прекращением боли, улучшается проводимость нерва, ускоряется процесс регенерации линии перелома мыщелкового отростка нижней челюсти. Через 3 месяца у всех (100%) больных основной группы на рентгенограммах нижней челюсти наблюдали полное сращение линии перелома и восстановление нормальной структуры кости. А также восстановление движение нижней челюсти в вертикальном и горизонтальном направлениях (P<0,001).

В сравниваемой группе у n-43(89,5%) пациентов на рентгенограммах нижней челюсти наблюдали полное сращение линии перелома (P<0,001), n-5(10,4%) - линия перелома оставалась еще заметной. У n-3(6,25%) образовался фибринозный анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (P<0,05).

Таким образом, выбор метода фиксации, комплексный подход к лечению, включая применение электровибромассажа, является фактором, существенно влияющим на конечные результаты лечения перелома мыщелкового отростка нижней челюсти. При комплексном лечении переломов мыщелкового отростка нижней челюсти с дополнением электровибромассажем удается ускорить процесс купирования болевого симптома, ликвидацию травматического отека, позволяет улучшить результаты восстановления функции жевательных мышц.

Результаты применения электровибромассажа после остеосинтеза открытых переломов нижней челюсти: положительное влияние электровибромассажа характерно наблюдается на месте приложения. Субъективное наблюдение данного влияния объясняется тем, что на месте раны быстро рассасывается отек, значительно уменьшается болевое ощущение. Больные контрольной группы отмечали боль вокруг раны даже спустя 4-5 дней после операции. Больные основной группы отмечали снижение

интенсивности боли уже после первого применения электровибромассажа, а к 3-4 дню боль полностью исчезала.($P<0,05$).

Обезболивающее влияние электровибромассажа связано с редукцией экссудативной фазы воспаления, что приводит к уменьшению отека в тканях. У основной группы, по сравнению с контрольной, отек исчез через 2-3 дня. У 21% больных контрольной группы наблюдалась субфебрильная температура в течении 4-5 дней. У 6% больных через 4-5 дней поднялась температура, и появились признаки послеоперационного остеомиелита. У 116 (96,6%) больных основной группы наступило полное излечение без осложнений через 7-8дней. А так же у 4 (3,3%) больных основной группы появились желтые, смешанные с кровью выделения, после дополнительного лечения рана зажила через 9-10 дней.

При этом у 90 (75%) больных контрольной группы послеоперационная рана без осложнений зажила через 7-8 дней. Так же у 20 (16,7%) больных появилось желтое, смешанное с кровью выделение, после дополнительного лечения рана зажила через 9-10 дней. В целом осложнения появились у 10 больных (8,3%).

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования, можно сделать следующие заключения: что даже в условиях современного развития медицины возможности применения электровибромассажа для лечения различных костных дефектов альвеолярного отростках челюстей и переломов нижней челюсти огромны. Применение электровибромассажа способно оказывать положительное влияние на ускорение регенерации различных костных дефектов альвеолярного отростка челюстей, а также линии перелома челюстей, что подтверждается проведенными исследованиями. Также они доказывают, что применение электровибромассажа ускоряет кровоснабжение области дефекта, что тоже способствует усилению регенерации. Кроме того, необходимо отметить экономическую обоснованность применения электровибромассажа. Как было доказано нашими исследованиями, больные в сравниваемой группе нуждались в дополнительном лечении, в отличие от основной группы. Следовательно, дополнительное лечение сопряжено с дополнительными затратами, как финансовыми, так и во времени.

Литература:

1. Боголюбов, В. М. Общая физиотерапия [Текст] / В. М. Боголюбов, Г. Н. Пономаренко: учебное пособие. - Изд. 3-е, перераб. и доп. - М. : Медицина, 2003. - 432 с.
2. Васильев, А. В. Алгоритм лечения больных с переломами мыщелкового отростка / А. В. Васильев // Клиническая имплантология и стоматология. -2001. -№ 4-5. -С.95-97.
3. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник для студентов мед. вузов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. - 598 с.
4. Емельянов А. С. Оценка репаративных способностей тканей при использовании костнопластических материалов в эксперименте на кроликах / А.С. Емельянов // В кн.: Современные аспекты медицины и биологии / Мат. 5 межрегион. межвуз. науч.-практ. конф. мол. уч. и студентов 21-24 апреля 2008 года. – Ижевск, 2008. - Ч.2. – С. 297-299.
5. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура: Учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. - 560 с.
6. Забелин А.С. Изменение регионарного кровообращения у больных с переломами нижней челюсти / А. С. Забелин, С.С. Чепиков // В кН.: Методы исследования регионарного кровооброщения и микроциркуляции в клинике / Мат. Научно-практической конф. – Санк-Петербург. 2004- С.29-30.
7. Логинова, Н. К. Ультразвуковая допплерография сосудов кровоснаб-жающих жевательные мышцы [Текст] / [Н. К. Логинова, А. Г. Надточий,И. Е.Гусева и др.].: методическая рекомендация. - М.: 2008. - 18с.
8. Малышев, В.А. Переломы челюстей / В.А. Малышев, Б.Д. Кабаков. -СПб: Спец. Лит, 2005. 224 с.

TREATMENT OF BONE DEFECTS AND MANDIBLE FRACTURES USING ELECTROVIBROMASSAGE

Eshiev D.A., Mirzasheva N.M., Egemkulov T.A. Osh United Interstate Clinical Hospital

Summary: *This article reflects the results of the study on535 patients with postoperative defects and mandible fractures using electrovibromassage.*

Keywords:*electrovibromassage, bone defect of the alveolar bone, mandible fracture.*

УДК 611.62.013:616-053.34

Кашперук-Карпюк И.С.,
Буковинский государственный медицинский университет
г. Черновцы, Украина

ЗАКОНОМЕРНОСТИ МОРФОГЕНЕЗА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Резюме. *С целью определения особенностей макроскопической анатомии и динамики становления топографоанатомических взаимоотношений мочевого пузыря со смежными органами и структурами в перинатальном периоде онтогенеза человека, в частности, у новорожденных, используя комплекс методов морфологического исследования, установлены закономерности морфогенеза мочевого пузыря в перинатальном периоде, зависимость размеров мочевого пузыря от возраста и пола. Полученные данные про анатомию мочевого пузыря могут быть морфологической базой для разработки алгоритмов антенатальной диагностики врожденных пороков мочевыводящей системы, хирургической корекции врожденной патологии мочевыводящих путей у детей раннего возраста.*

Ключевые слова: мочевой пузырь, форма, анатомия.

Морфологиялык изилдөөлөрдүн комплекстик методдорун колдонуу аркылуу жаны төрөлгөн балдардын табарсыгынын морфогенезинин законченемдүүлүктөрү аныкталды. Тактап айтканда, адамдын жекече өрчүүсүнүн перинаталдык мезгилинде табарсыктын жакын жайгашкан органдар менен болгон өз ара топанатомиялык катышынын өзгөчөлүгү белгиленди. Алынган маалыматтар сийдик бөлүп чыгаруу системасындагы тубаса ооруларды алдын ала түйүлдүк мезгилинде аныктоого мүмкүнчүлүк түзө алат.

Введение. Одной из причин перинатальной и ранней неонатальной смертности являются врожденные пороки. Пороки органов мочевыводящей системы в последние годы по выявлению в пренатальном периоде диагностируются чаще всего (их часть составляет 28-30%) [1]. Учет органоспецифичних критических периодов развития и особенности пространственных взаимоотношений внутренних органов должны стать основой работы лаборатории скрининга морфологического материала для оценки степени зрелости и диагностики отклонений от нормального развития [2].

Экстрофия мочевого пузыря, мегатреугольник, гипертрофия межмочеточниковой связки, контрактура шейки мочевого пузыря – неполный перечень пороков развития мочевого пузыря [3].Изучение строения мочевого пузыря на макроскопическом уровне имеет весомое значение для перинатологии и детской хирургии, как анатомическая основа для обоснования сроков и механизмов возникновения вариантов и врожденных пороков мочевыводящей системы, разрабатывания методов их профилактики и хирургической коррекции [4].

Материалы и методы исследования. Исследование проведено на 60 плодах и на 10 трупах новорожденных на базе Черновицкого областного патологоанатомического бюро во время плановых вскрытий. Использовали комплекс методов морфологического

исследования: антропометрию, инъекцию сосудов, микропрепарирование, рентгенографию, морфометрию, 3d реконструирование. Возраст объектов определяли по сведенным таблицам Б.М.Пэттена [5], Б.П.Хватова, Ю.Н.Шаповалова [6]. Ширину мочевого пузыря измеряли как наибольшее расстояние между боковыми стенками, высоту – между верхушкой мочевого пузыря и шейкой, глубину – между передней и задней стенками мочевого пузыря. Между продольной осью мочевого пузыря и шейкой мочевого пузыря определяли угол. Скелетотопию изучали с помощью инъекции сосудов рентгеноконтрастной смесью на основе свинцового сурика и наложение металлической метки на мочевой пузир со следующей рентгенографией. Статистический анализ органометричних данных проводили методами параметрической и непараметрической статистики, в частности корреляционного и регрессионного анализа, с помощью программы StatPlus. Статистически достоверными считали $P<0,05$.

Результаты и их обсуждение. У новорожденных установлено, что среди вариантов формы мочевого пузыря чаще всего встречается веретенообразная (35%) и грушевидная (30%), реже – круглая (20%), кубическая (15%). В соответствии с формой мочевого пузыря определены его размеры: ширина мочевого пузыря – 25,5±3,9 мм, высота мочевого пузыря – 25,5±3,9 мм, глубина мочевого пузыря – 8,7±3,2 мм.

Морфометрические данные мочевого пузыря (высота та глубина органа) представлены в таблице.

Таблица

Размеры мочевого пузыря у новорожденных

Ширина мочевого пузиря (мм)	Высота мочевого пузыря (мм)	Глубина мочевого пузыря (мм)
25,5±3,9	32,3±7,0	8,7±3,2

Морфологические и функциональные особенности органов зависят от пропорций телосложения [7]. Опираясь на знания соматотипа, наличие корреляционных связей можно точно прогнозировать темпы созревания организма [8]. Телосложение определяли по коэффициентам соматотипа К1-К3 (1-3):

К1 = dist. costarum / dist. spinarum x 100 (1)

К2 = высота туловища / теменно-пяточная длина x 100 (2)

К3 = dist. spinarum x 100 / теменно-пяточная длина (3)

Плодов с К2> 100 относили к астеническому телосложению (мужская форма живота); К 2 = 100 – к нормостеническому телосложению (цилиндрическая форма живота); с К2 <100 – к гиперстенической (женская форма живота). Использовали условное разделение на долихоморфный тип строения, если К3 <14,5, мезоморфный – при К3 = 14,5-15,5, брахиморфный – К3> 15,5.

Полученные цифровые данные обработаны методом вариационной статистики, подтверждающей достоверность данных об особенностях становления строения мочевого пузыря в перинатальном периоде онтогенеза человека.

Если в начале плодового периода онтогенеза человека преобладает кубовидная форма мочевого пузыря, то, начиная с 6-го месяца развития, устанавливается четкая тенденция к появлению и увеличению количества грушевидной и веретенообразной формы. Именно эти формы внешнего строения мочевого пузыря следует считать онтогенетически более зрелыми. Большинству плодам II и III триместров внутриутробного развития свойственна кубовидная форма (36,7% и 33%) мочевого пузыря.

Форма мочевого пузыря – параметр, который вычисляли, как отношение ширины к высоте мочевого пузыря. Корреляционный анализ формы мочевого пузыря в зависимости от возраста, соматотипа и пола продемонстрировал асимметричный характер изменений у объектов мужского пола с крайними показателями соматотипа (рис. 1).

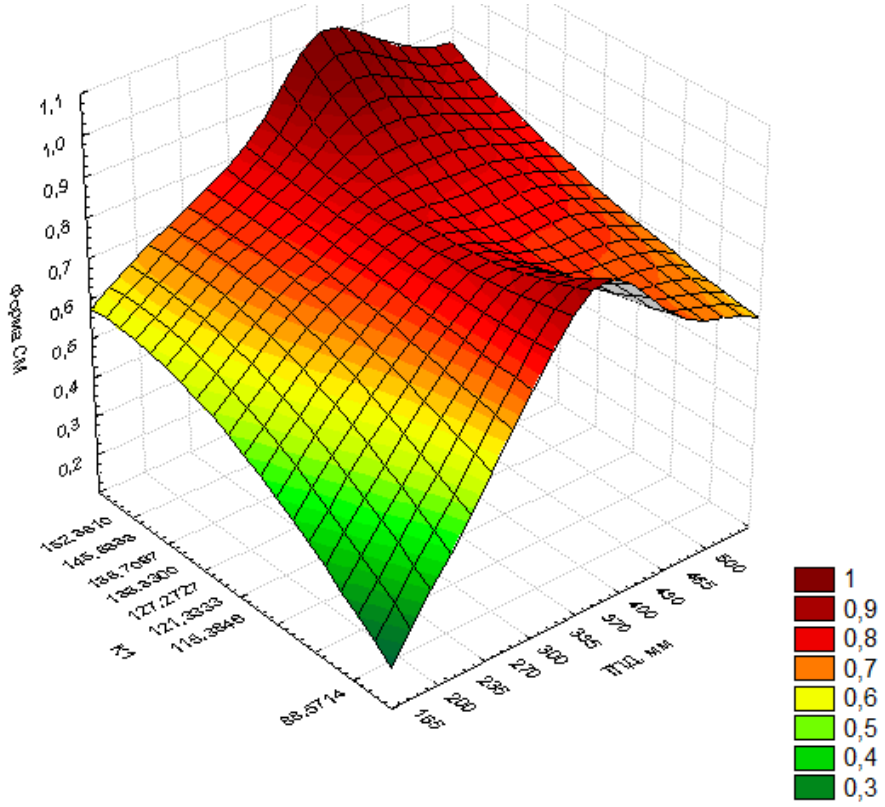


Рис. 1. Регрессионная кореляция возраста, конституционного типа и формы мочевого пузыря у плодов мужского пола и у новорожденных.

Чем выше коэффициент соматотипа, тем больше вариантов формы мочевого пузыря с большим коэффициентом (кубовидная, круглая формы). В возрастном аспекте у плодов 4-го месяца и у новорожденных преобладает форма мочевого пузыря с меньшим коэффициентом (грушевидная, веретенообразная). В течение третьего триместра у плодов мужского пола можно отметить, что форма мочевого пузыря имеет высокий коэффициент. Во время исследований соматовисцеральних корреляций формы мочевого пузыря установлены особенности ее изменения в зависимости от пола и возраста.

У объектов женского пола заметна тенденция – с увеличением коэффициента соматотипа увеличивается коэффициент формы мочевого пузыря (кубовидная, круглая и овальная формы) (рис. 2).

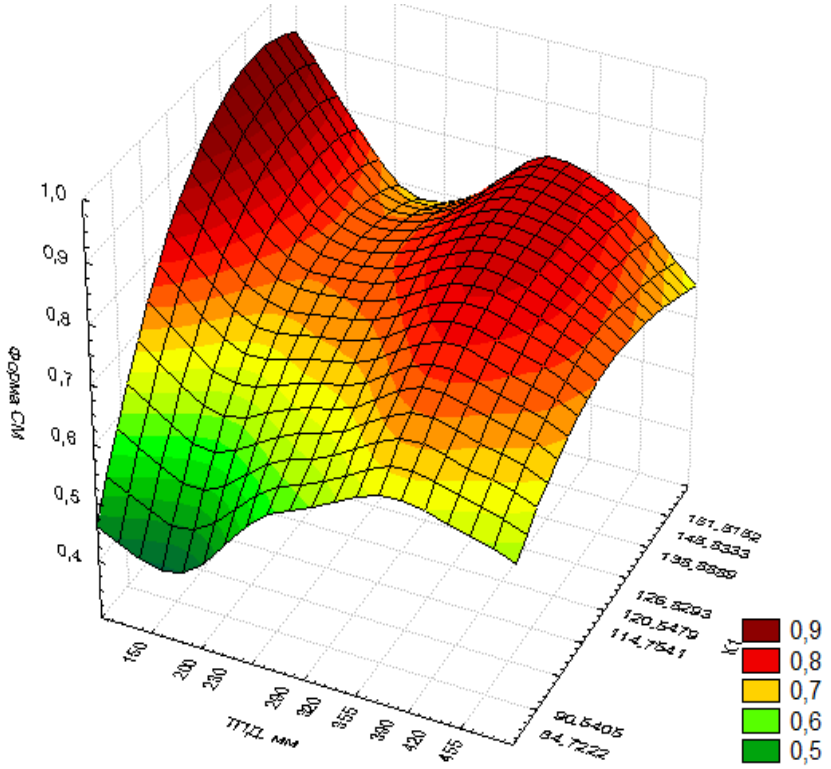


Рис. 2. Регрессионная кореляция возраста, конституционного типа и формы мочевого пузыря у плодов женского пола и у новорожденных.

Однако, обращает на себя внимание характерная тенденция изменений формы мочевого пузыря в течение плодового периода – увеличение коэффициента мочевого пузыря, и у новорожденных – тенденция к уменьшению данного коэффициента.

Заключение: 1. Веретенообразная (35%) и грушевидная (30%) формы мочевого пузыря являются дефинитивными формами. 2. Кореляционный анализ формы мочевого пузыря в зависимости от возраста, соматотипа и пола продемонстрировал асимметричный характер изменений у объектов мужского пола от возраста. 3. У объектов женского пола заметна постоянная тенденция – с увеличением коэффициента соматотипа увеличивается коэффициент формы мочевого пузыря.

Литература:

1. Гельдт В.Г., Юдина Е.В., Кузовлева Г.И. Постнатальная оценка обструктивных уропатий, выявленных пренатальный // Детская хирургия. – 2005 – № 6. – С. 12-16.
2. Ахтемийчук Ю.Т. Очерки ембриотопографии. – Черновцы: Издательский дом “Букрек”, 2008. – 200 с.
3. Юшко Е.И. Пренатальная урология: вчера, сегодня, завтра // Урология. – 2009. – № 1. –С. 75-77.
4. Skandalakis J.E. Surgical Anatomy: The Embryologic And Anatomic Basis Of Modern Surgery. – McGraw-Hill Professional, 2004. – 1750 p.
5. Пэттен Б.М. Эмбриология человека. – М.:Медгиз, 1959. – 768 с.
6. Хватов Б.П., Шаповалов Ю.Н. Ранний эмбриогенез человека и млекопитающих: пособие. – Симферополь, 1969. – 183 с.
7. Никитюк Д. Б., Панасюк Т.В., Азизбекян Г.А. Антропометрические подходы в конституционологии детства // Морфологические ведомости. – 2007. – № 1-2. – С. 262-265.
8. Федорчук С. М. Соматотип як генетичний маркер сучасної антропології // Галицький лікарський вісник. – 2003. – Т. 10. – № 4. – С. 85-87.

Kashperuk-Karpyuk Inna Sergeyevna
Bukovinian State Medical University, Chernovtsy, Ukraine

Abstract. *With the aim to detect peculiarities of macroscopic anatomy, dynamics of development of topographic-anatomical interrelations of the urinary bladder with adjacent organs and structures in the perinatal period of human ontogenesis, in newborns in particular, using a complex of methods of morphologic examination, the regularities of morphogenesis of the urinary bladder in the perinatal period, dependence of the size of the urinary bladeer on age and sex are found. The data obtained concerning anatomy of the urinary bladder can be a morphological base to elaborate the algorithms of antenatal diagnostics of congenital defects of the urinary system, surgical correction of its pathology in children of early age.*
Key words: *urinary bladder, shape, anatomy.*

УДК: 616-100:611.737.21

Макамбаев Н.Б., Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г.Ош, ОшГУ

НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

Резюме: *В работе изложен новый метод хирургического лечения привычного вывиха плеча, разработанный группой авторов. Изложены преимущества предложенного метода, приводится и описывается ход операции.*
Ключевые слова: *вывихы плеча, оперативное лечение вывихов плеча.*

Корутунду: *Бул макалада ийиндин өнөкөт чыгуусундагы хирургиялык дарылоодо авторлордун тобу иштеп чыккан жаңы ыкма камтылган.*
Сунушталган ыкманын артыкчылыктары камтылып жана операциянын жол-жобосу келтирилип, көрсөтулгөн.
Ачкыч сөздөр: *ийиндин өнөкөт чыгуусу, ийиндин өнөкөт чыгуусундагы хирургиялык жол менен дарылоо.*

Лечение привычного вывиха плеча один из актуальных проблем современной ортопедии. Хирургическое лечение привычного вывиха плеча является одним из до конца неразрешенных проблем. Об этом говорит тот факт, что в хирургическом лечении привычного вывиха плеча существуют более 350 способов оперативного лечения. Многочисленность методов лечения говорит о том, что ни одна из этих методов в совершенстве не обеспечивает 100% успех. В настоящее время применяются 15-20 способов, остальное имеют историческое значение.

Удельный вес привычного вывиха плеча среди последствий травм, повреждений сумочно-связочного аппарата, костного аппарата составляет от 16,3 до 60%. (Степанов Ю.М., 1973, Вейсман Ю.А., Цыкунов М.Б., Геллер И.И., 1987, Ефимов А.П., 1985)

В патогенезе развития привычного вывиха плеча играет роль характер, тяжесть травмы, состояние сумочно-связочного аппарата, костной системы. Играет существенную роль состояние сумочно-связочного аппарата, его развитие, плотность, прочность, растяжимость. Истончение капсулярного аппарата создает условие развития привычного вывиха плеча.

Травматические вывихи плеча, растяжение, разрывы капсулярного аппарата создает предпосылки развития привычного вывиха плеча. Нет сомнения в том, что костная система играет немаловажную роль в развитии привычного вывиха плеча. Разрывы суставной губы (лимбус), лопатки, компрессионных вдавлений, перелом головки либо края суставной впадины, а также дегенеративно-дистрофических изменений, мышечный дисбаланс, способствует развитию привычного вывиха плеча. Все виды

оперативных методов лечения Краснов А.Ф. и Ахмедзянов А.Б. (1982) разделил на 5 групп:

1. На капсуле сустава
2. Создание связок, фиксирующую головку плеча
3. Мышечная пластика
4. Артроризы и другие операции на костях
5. Комбинирование операции

Научно-исследовательская работа Макамбаева Н.Б. посвящена хирургическому лечению привычного вывиха плеча. Она относится к стабилизации головки плеча с использованием сухожилий длиной головки двуглавой мышцы плеча методом транспозиции длинной головки двуглавой мышцы плеча и фиксации его на вновь образованном ложе головки плечевой кости и укрепление его надкостницей с 3-мя узловыми швами и отличающееся от предложенного метода Краснова А.Ф. По предложенной методике получено положительное решение на патент.

Изобретение относится к медицинской отрасли, а именно травматологии и ортопедии. Метод транспозиции сухожилия длинной головки двуглавой мышцы в хирургическом лечении привычного вывиха плеча предложен группой авторов под руководством Академика НАН Кыргызской Республики доктора медицинских наук, профессора Джумабекова С.А., руководителем центра травматологии и ортопедии Ошской городской клинической больницы, доктором медицинских наук, член-корреспондентом КР Маманазаровым Дж., кандидатом медицинских наук Арипжановым М.А. и соискателем отделения травматологии и ортопедии Ошской межобластной объединенной клинической больницы Макамбаевым Н.Б.

В настоящее время известны более 350 способов оперативного лечения привычного вывиха плеча (Краснов А.Ф., Ахмедзянов Р.Б., 1982, Батпенов Н.Д., Рахимов С.К., Супугалиев Г.К., 2003).

Патогенетически обусловленным методом лечения является оперативные методы лечения привычного вывиха плеча.

Смысл операции заключается, в мобилизации сухожильной части длинной головки двуглавой мышцы плеча (2) и фиксации его на вновь образованном ложе в области большого бугорка плечевой кости (4) и укреплении его надкостницей с тремя узловыми лавсановыми швами (6) и отличающийся от предложенного метода Краснова А.Ф.

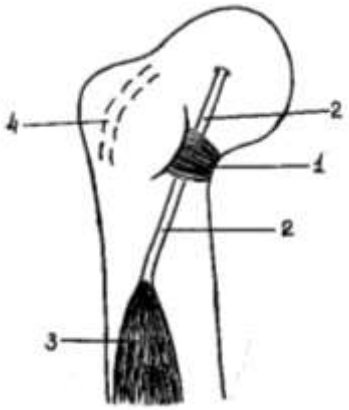
При операции по методу Краснова А.Ф. сухожилие, расположенное внутрикостно спаивается с окружающей костью, что создает угрозу спаечного процесса и ограничивает скольжение сухожилия.

Применение редких узловых швов дает возможность более активному движению, скольжению сухожилия.

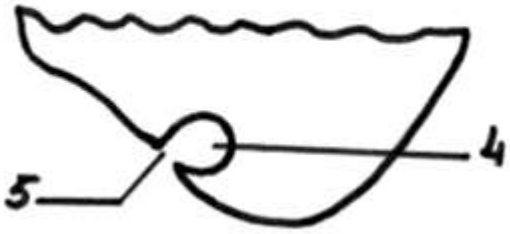
Предложенное нами оперативное лечение привычных вывихов плеча относится к числу операции на сухожилие и костной ткани.

Смысл операции заключается, в мобилизации сухожильной части длинной головки двуглавой мышцы плеча (2) и фиксации его на вновь образованном ложе в области большого бугорка плечевой кости (4) и укреплении его надкостницей с тремя узловыми лавсановыми швами (6) и отличающийся от предложенного метода Краснова А.Ф.

При операции по методу Краснова А.Ф. сухожилие, расположенное внутрикостно спаивается с окружающей костью, что создает угрозу спаечного процесса и ограничивает скольжению сухожилия. Применение редких узловых швов дает возможность более активному движению, скольжению сухожилия. Чем и отличается от метода Краснова А.Ф.

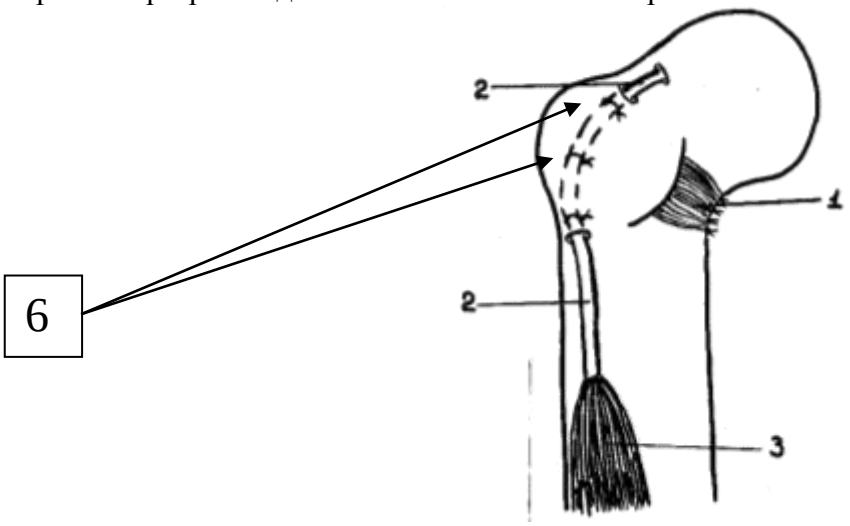


Фиг.1. Схематическое изображения оперативного лечения привычного вывиха плеча (вид спереди). 1 – поперечная связка сухожилия длиной головки двуглавой мышцы плеча; 2 – сухожильная часть длинной головки двуглавой мышцы плеча; 3 – мышечное брюшко; 4 – вновь образованная ложа.



Фиг.2. Схематическое изображения оперативного лечения привычного вывиха плеча, вид большого бугра сверху вниз. 4 – вертикальный костный желобок (канал); 5 – паз для заведения сухожилия двуглавой мышцы плеча.

Ход операции: После соответствующей обработки операционного поля передним дугообразным разрезом длиной 10-15 см послойно рассекаются



Фиг.3. Схематическое изображения оперативного лечения привычного вывиха плеча, вид спереди, окончательное положение сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. 1 – поперечная связка сухожилия длиной головки двуглавой мышцы плеча; ; 2 – сухожильная часть длинной головки двуглавой мышцы плеча; 3 – мышечное брюшко; 6 – узловые швы надкостницы.

кожа, подкожная жировая клетчатка, (Фиг.1.) фасция и поперечная связка (1), обнажаем длинную головку двуглавой мышцы плеча, мобилизуем до входа ее в полость сустава (2) и внизу до перехода в мышечное брюшко (3). В области большого бугорка плеча (Фиг.2.)

формируем вертикальный костный канал (4) для сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. С наружи костного канала проделывается паз (5) для заведения сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча. Натягиваем (Фиг.3) сухожилие и укладываем на вновь образованную ложе и ушиваем тремя узловыми швами надкостницу (6). Послойные швы, накладываем дренажную трубку.

На 2 недели накладываем гипсовую повязку Дезо, через 2 недели постепенная лечебная физкультура.

Литература:

1. СТЕПАНОВ Ю.И. О диагностике привычного вывиха плеча. Ортопедия, травматология и протезирование, 1973, 12, с.55-56.
2. ВЕЙСМАН Ю.А. Рентгенологическая картина плечевого сустава в норме и при привычном вывихе. Тезис докладов У1- конференции рентгенологов и радиологов Прибалтийских республик. Таллин, 1976, с.180-181.
3. ЦЫКУНОВ М.Б. Функция мышц при привычном вывихе плеча в процессе медицинской реабилитации. Диагностика и лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Сборник научн.трудов ЦИТО, 1987, с.43-49.
4. ЕФИМОВ А.П. Биомеханика двигательных нарушений у больных с последствиями вывиха плеча. Казанский мед.журнал, 1985, т.66,6, с.411-412.
5. ГЕРЦЕН И.Г. Электромиографическая характеристика привычного вывиха плеча. Ортопедия, травматология и протезирование, 1973, 12, с.56-59.
6. КРАСНОВ А.Ф., АХМЕДЗЯНОВ Р.Б. Вывихи плеча, Москва 1982,160 с.
7. БАТПЕНОВ Н.Д., РАХИМОВ С.К., СУПУГАЛИЕВ Г. « К вопросу тактики лечения нестабильности плечевого сустава», «Травматология и ортопедия», 2003, №2, с.63-64.

NEW METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF THE HABITUAL SHOULDER DISLOCATION.

Osh interregional joint clinical hospital, Osh, Osh State University

N.B.Makambaev.

Resume: *New method of surgical treatment of a habitual shoulder dislocation was stated in this work, which was developed by group of authors. Advantages of the offered method were stated; the operation course was resulted and described.*

Keywords: *Dislocation of a shoulder, surgical treatment of shoulder dislocations.*

УДК: 614.87:614.88(575.25)

Маманазаров Дж.М., Маметов Р.Р.,
Ахунжанов Р.А.,
Научно-Исследовательский Центр
«Медицина катастроф» КУУ

ЛИКВИДАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОСЛЕ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ НА ЮГЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Резюме: *В работе на примере землетрясении село Нур Алайского района анализирована структура травматизма, объем оказания помощи, своевременность, качество оказания помощи.*

Корутунду: *Бул макалада жер титирөө боюнча травматизм структурасы, жардам берүүнүн көлөмү, өз убактылуулук, жардам берүүнүн сапаты Алай районунун Нур айылында анализделген.*

Южный Регион КР относится к числу сейсмоактивных зон, где часто происходит различной степени землетрясения и др. катаклизмы. 5 октября 2008г. произошло разрушительное землетрясение в Алайском районе в селе Нура-Сарыташ силой 8 баллов. В результате разрушения жилых построек пострадали десятки жителей из 850 человек, проживающих в этом селе. Благодаря тому, что землетрясение произошло во время выборов, люди находились вне своего жилья, еще не спали. Это и помогло, с одной стороны, с другой стороны, люди сразу же прибежали к пострадавшим для оказания первой медицинской, само- и взаимопомощи, освобождения людей из – под завалов. (Авдохин В.П., 1989 г., Аалиев Г.К., Азнаурян В. В., Никогосян Р., 1990 г., Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П., 1990 г., Айвазян В.П. Тумян Г.А. Григорян А.С. Есаян А.Г. Чарчян А.Г., 1990 г., Амирасланов Ю.А. Светухин А.М. Матасов М. Блатун Л.А. Цветков В.0. Карлов В.А., 1990 г., Гончаров С.Ф., Лобанов Г.П., 1995 г., Локтионов Н.И., 1995 г., Тойматов С.Ш., 1999 г.)

Для проведения лечебно-эвакуационных мероприятий к месту стихийного бедствия на вертолете выехала бригада врачей, медсестер, организованная приказом директора ОООКБ №106 от 06.10.2008г. в 3 часа ночи 06.10.2008г. было отправлены 2 бригады врачей в количестве 10 человек в составе: хирург, травматолог, анестезиолог, семейные врачи, терапевты, педиатры, медсестры в зону ЧС – Нура. Одновременно все отделения терапевтического и хирургического профиля ОООКБ переведены на режим круглосуточной работы, подготовлено 100 мест для госпитализации, 30 мест в ТГБ г. Ош. Для транспортировки пострадавших с аэропорта отправлены 10 санитарных машин. Создан областной штаб для оперативного управления. В 14 – часов 06.10.2008г. начата госпитализация пострадавших из зоны стихийного бедствия, всего госпитализировано в ОООКБ 25 пострадавших, 14 пострадавших с легкой травмой в больницу с. Сары-Таш, из них 5 детей госпитализированы в ОДКБ. (Маллаев А.М., Тойматов С.Ш., Шукурбаев К.А., Сыдыков Н.Ж., 2002 г., Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А., Батыров М.К. Мамашарипов К.М., 2009 г.)

Состав поступивших пострадавших:

1. Ушиб мягких тканей конечностей, туловища – 3.
2. ЗЧМТ сотрясения головного мозга – 4.
3. Переломы конечностей – 1.
4. Сдавление конечности, синдром длительного сдавления, травматический токсикоз – 2.
5. Переломы позвоночника – 2.
6. Ожоги – 1.
7. Переломы тазовых костей, позвоночника нарушение функции позвоночника – 2.
8. Повреждения связок – 1.
9. Различные психозы, психоневрозы – 1.
10. Переломы ребер – 1.
11. Беременность угрожающий выкидыш – 2.
12. Здоров – 2.
13. Дети переведены в ООМДБ – 5.

Из число пострадавших умер 1 больной. Летальность составила 4%.

Всего от землетрясения в селе Нура (850 жителей) пострадало 36. Удельный вес пострадавших 4,8%, что является наиболее низким показателем. Число пострадавших от разрушительных землетрясений зависит от ряда условий:

1. От времени суток, когда произошло землетрясение.
2. От плотности населения.
3. От географической расположенности местности.
4. От характера построения.
5. От доступности подъездных путей к очагу стихийного бедствия, пути и средства эвакуации.

6. От характера и силы землетрясения, повторных толчков.

Лечебно-эвакуационные мероприятия по ликвидации медицинских последствий от землетрясений в селе Нура Алайского района было проведены своевременно.

Самое главное, на этапе само- и взаимопомощи, доврачебной и первой врачебной помощи, помощь была оказана своевременно. Все лечебно-тактические приемы на госпитальном этапе проведены правильно.

В структуре травматизма преобладали легкие телесные повреждения – 14 (38%), переломы конечностей – 8 (22,2%), сочетанная травма, сдавление конечностей, СДС шок IV степени – 2 (5,5%), другие виды повреждений, психозы – 10 (27,7%), угрожающий выкидыши – 2 (5,5%).

Литература:

1. Агаджанян В.В., Ефременко С.В., Тихонов С.В. Пак В.П. Кравцов С.А. Довбета В.И. Ахмедов Б.Г. Литвинова Н.А. Опыт оказания помощи пострадавшим от землетрясения в армении бригадой кузбасского НИИ травматологии и реабилитации. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.238-239
2. Азнаурян В. В., Никогосян Р. Землетрясение в армении (опыт, выводы, проблемы). «Медицина катастроф»., Материалы международной конференции 22-23 мая 1990г, М., с.48-49.
3. Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Муратов А.А., Хаджиматов О.М. Ликвидация медицинских последствий после землетрясения на юге КР. Центрально-азиатский медицинский журнал., Том XV, Приложение 3, 2009. Материалы II Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009. с.424-425.
4. Курбанов Н.М., Маманазаров Дж., Худайбердиев К.Х. Организация медицинской помощи и лечения пострадавших при экстремальных ситуациях.Ташкент, Изд-во мед. Лит. 2005., 163 с.
5. Маманазаров Дж. с соавт. Теоретические и практические аспекты экстремальной медицины. Ош, 2009., 448с.
6. Медицина катастроф. Материалы международной конференции 22-23 мая 1990г, М., с.196.
7. Человек и катастрофы: Проблемы обучения новым технологиям и подготовки населения и специалистов к действиям в чрезвычайных условиях – Материалы международного симпозиума – М.,1999. 494с.
8. Авдохин В.П. Землетрясения и меры по облегчению их воздействии: (обзор) // Гражданская оборона. — 1989. — № 5. — С. 13 — 20.
9. Азнаурян В. В., Никогосян Р. Землетрясение в Армении (опыт, выводы, проблемы). «Медицина катастроф»., Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.48-49.
10. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. Медико-психологическая помощь во время и после стихийных бедствий и катастроф // Медицина катастроф: Матер, междунар. конф., М., 22-24 мая 1990.— М., 1990. — С. 367.
11. Айвазян В.П. Тумян Г.А. Григорян А.С. Есаян А.Г. Чарчян А.Г. Организация и оказание специализированной травматологической помощи в условиях ерниито пострадавшим от землетрясения в Армении 1988 г. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.47-48.
12. Амирасланов Ю.А. Светухин А.М. Матасов М. Блатун Л.А. Цветков В.0. Карлов В.А. Хирургические аспекты оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим при стихийных бедствиях и катастрофах. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.241-242.
13. Гончаров С.Ф., Лобанов Г.П. Закономерности формирования медико-санитарных последствий землетрясений. Методика прогнозирования; возможных санитарных

потерь населения при землетрясениях // Проблемы организации медицинского обеспечения населения при землетрясениях: Матер, науч.-практ. конф., ноябрь, Хабаровск, 1995. — Х
14. Локтионов Н.И. Организация реагирования и работ по ликвидации последствий разрушительных землетрясений // Уроки и выводы сахалинского землетрясения: Матер, науч.-практ. конф., М., 23-24 октября 1995.— М., 1995.
15. Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. К планированию действий служб медицины катастроф в ликвидации медико-санитарных последствий среди населения сопредельных стран СНГ. Материалы V международной научной конференции травматологов-ортопедов: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 26-27 ноября 1999 года, Бишкек.с.185-187.
16. Маллаев А.М., Тойматов С.Ш., Шукурбаев К.А., Сыдыков Н.Ж., К вопросу о принципах организации управления службой экстренной медицинской помощи при катастрофах мирного времени. // Актуальные проблемы хирургии войны и катастроф в горных условиях. - Бишкек 2002. С.32-33.
17. Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А., Батыров М.К. Мамашарипов К.М. Медико-социальные проблемы медицины экстремальных ситуаций. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, приложение 3, 2009. Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.414-418.

Elimination of medical consequences of the earthquake in the south of the Kyrgyz Republic.

Dj.M.Mamanazarov, R.R.Mametov, R.A.Ahunjanov

Resume: *In work on an example earthquake village Nur of Alajsky area analysed traumatism structure, rendering assistance volume, timeliness, quality of rendering assistance.*

УДК: 614.88:614.23:614.25

Маманазаров Дж.М., Маметов Р.Р.,
Научно-Исследовательский Центр
«Медицина катастроф» КУУ

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ, КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧЕЙ, ЮРИДИКО-ПРАВОВАЯ БАЗА В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В РАЗЛИЧНЫХ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Резюме: *В работе указаны на компетентность врача, профессионализм при сортировке пострадавших и возможности хирургической помощи потрадавшим по жизнеопасности травм. Дана характеристика оперативных вмешательств, необходимых для выполнения в экстренном порядке.*

Корутунду: *Бул макалада жабыркагандарды тактоодогу дарыгердин компетенттүүлүгү, профессионализми жана жаракаттын жашоо коркунучу боюнча жабыркагандарга хирургиялык жардам берүүнүн мүмкүнчүлүктөрү көрсөтүлгөн. Шашылыш түрдө жасалуучу оперативдик аралашууга мүнөздөмө берилген.*

В оказании помощи пострадавшим в различных экстремальных ситуациях врач сталкивается с различными ситуациями, в котором должен решать сам, единолично, ибо нехватка медицинских работников не дает созданию совместных осмотров, консилиумов и оно требует, с одной стороны компетентность, профессионализм врача, с другой стороны юридической правовой базы, защиты врача от возможных осуждений.

Как известно, при массовом травматизме, особенно, при землетрясении, когда имеется массовость, внезапность, тысячами пораженных, тактические подходы лечебных мероприятий, должны быть различными, чем в условиях мирного времени. Оно обусловлено рядом обстоятельств, которую надо учитывать. (Зимин В.П., 1990 г., Кабанов Н., Астафуров В.Н. Новосельцев А.В., Коцеров Ю. А., 1990 г., Иногамджанов Т.И., 1995 г., Маманазаров Дж., Сагынбаев М.А., Камилов М.З., Батыров М.К., 2006 г.)

Медицинскую сортировку пострадавших на месте скопления их должен проводить врач, имеющий большой клинический опыт, врач травматолог высокой квалификации. Здесь, необходимо применить принцип жизнеспасающий, чем органосохраняющий. (Абдрахманов А.Ж., 1990 г., Лагодинский З.Г., Попов В.В., Клейнер Г.А., 1990 г., Иногамджанов Т.И., 1995 г., Авдеева В. Г., Рыжаков С.А., Федоткин О. В., 1999 г., Абдираев П. А., 2011 г.)

Литература:

1. Зимин В.П. Использование добровольных общественных формирований при оказании помощи в очаге чрезвычайной ситуации. «Медицина катастроф» материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.170-171.
2. Иногамджанов Т.И. Организация медицинской помощи в травматологическом пункте при массовом поступлении больных с сочетанными травмами. Республиканская конференция «Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях» 15-16 ноября 1995., Ташкент, с.17-18.
3. Кабанов Н., Астафуров В.Н. Новосельцев А.В., Коцеров Ю. А. Организация помощи пострадавшим с политравмой. «Медицина катастроф» , Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.290-291.
4. Маманазаров Дж., Сагынбаев М.А., Камилов М.З., Батыров М.К. Совершенствование медицинской сортировки пострадавших при массовом травматизме с помощью ЭВМ. Центрально-азиатский медицинский журнал том XII, Приложение 3, 2006. Материалы I съезд травматологов-ортопедов Кыргызстана с участием зарубежных специалистов. Иссык-куль, 14-16 сентября, 2006., с.16-17.
5. Абдрахманов А.Ж. Об организации специализированной травматологической помощи при катастрофах. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.236-237.
6. Лагодинский З.Г., Попов В.В., Клейнер Г.А. Оказание квалифицированной медицинской помощи при катастрофах бригадами быстрого реагирования. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.187-188.
7. Иногамджанов Т.И. Организация медицинской помощи в травматологическом пункте при массовом поступлении больных с сочетанными травмами. Республиканская конференция «Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях» 15-16 ноября 1995., Ташкент, с.17-18.
8. Авдеева В. Г., Рыжаков С.А., Федоткин О. В. — Территориальная образовательная служба медицины катастроф. Территориальный центр медицины катастроф Пермской области. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.365-367.
9. Абдираев П. А. Алгоритм действия медицинских и технических бригад в экстремальных ситуациях журнал медицина Кыргызстана 3/2012. Материалы III Евразийского конгресса. 20-21 мая, Рим, Италия, 2011. с.24-26.

Professionalism and competence of physicians, legal and regulatory framework to assist victims invarious emergency situations.

Dj.M.Mamanazarov, R.R.Mametov

Resume: *In work are specified in competence of the doctor, professionalism at sorting of victims and possibility of the surgical help пострадавшим on life-danger traumas. The characteristic of the operative interventions necessary for performance in an emergency order is given.*

УДК: 614:8:614.23

Маметов Р.Р., Маманазаров Дж.М.,
Научно-Исследовательский Центр
«Медицина катастроф» КУУ

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К УСЛОВИЯМ РАБОТЫ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Резюме: В работе изложены основные принципы подготовки медицинских работников к условиям работы чрезвычайных ситуаций.

Корутунду: Бул макалада өзгөчө кырдаалда иштөө шартына медициналык кызматкерлерди даярдоонун негизги принциптери камтылган.

Подготовка медицинских работников к условиям работы в чрезвычайных ситуациях в оказании помощи пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций обусловлено рядом обстоятельств: экстремальные ситуации, возникающие внезапно и порождает ряд факторов, которые создают ряд проблем, влияют на своевременность качества, быстроту оказания помощи и мы выделяем следующие: (Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. 1999 г., Ашимов И.А. Усупбаев А.Ч. Маллаев А.М. Шукурбаев К.Ш. 1999 г., Баженов В. Г., Журавлев В.М., Рябочкин В.М. 1999 г., Бобий Б.В., Жуков В.А., Кузнецова Р.А., Постникова Л.К. 1999 г., Комаров А.В., Мухин В. И. 1999 г.)

1). **Медико-социальные аспекты медицины катастроф.** Медицина катастроф, как самостоятельная наука имеет свои особенности. Воздействие внезапных и чрезвычайных факторов на человеческий организм и медицинское обеспечение пораженных требует особого изучения происходящих в организме патологических процессов, разработка новых методов лечения в условиях чрезвычайных ситуаций на этапах медицинской эвакуации.

Особенностями медицинского обеспечения пострадавших в экстремальных ситуациях является следующее:

1. Внезапность, массовость поврежденных, требующих одновременно большое число физических сил медработников, силы и средства для оказания помощи.
2. Стихийные бедствия, катастрофы могут возникнуть вне населенных пунктов, требующие времени для подъезда к месту происшествия.
3. Медицинское обеспечение осуществляется в условиях минимального жизнеобеспечения для медработников и пораженных (отсутствие жилья, помещения, водоснабжения, канализации, освещения, возможности повреждения зданий лечебных учреждений при землятресении санитарные потери среди медработников).
4. Работа по медицинскому обеспечению осуществляется в условиях плохой санэпидобстановки.
5. Возможно нехватка, медикаментов, перевязочного материала и других аппаратов и инструментариев.
6. В полевых условиях нужны присобленные аппараты, работающие при отсутствии электроэнергии.
7. Подготовленность медицинских работников к условиям работы в экстремальных ситуациях, значение медико-тактических приемов оказания помощи в условиях массового поступления.
8. Морально-этическое, психическое состояние медицинского персонала в условиях ненормированного рабочего дня, массового травматизма в условиях минимального жизнеобеспечения.

2). Географо-климатические особенности местности и ее влияние на развитии стихийных бедствий, катастроф. Географо-климатические особенности

Южного региона КР своеобразно отражаются на развитии экстремальных ситуаций, наблюдаются следующие виды экстремальных ситуаций:

2.1. Землетрясение; 2.2. наводнение; 2.3. оползни; 2.4. сход снежных лавин; 2.5. ДТП и др.техногенные катастрофы.

Основные пути сообщения - считаются автомобильные магистрали, которые расположены в основном и в горной местности, крутые дороги, подъемы на высотной местности часто порождают автомобильные катастрофы. Указанные экстремальные ситуации порождают значительный ущерб народному хозяйству, уносят десятки, сотни жизни людей. Не вникая в их подробности, которые будут осуществляться в отдельности, хотелось бы остановиться на следующем (нами выделены):

1. Отдаленность, разобщенность населенных пунктов в предгорных и горных районах создает ряд трудностей в медицинском обеспечении катастроф, стихийных бедствий. Это, прежде всего, своевременность оказания квалифицированной и специализированной помощи пострадавшим, ибо расположения медицинских учреждений друг от друга измеряется десятками километров, это остается актуальной проблемой, ибо от своевременно оказываемой помощи зависит жизнь многих людей. Бригада постоянной готовности не имеют хорошей санитарной машины, не говоря о санитарной авиации. Автодороги не телефонизированы.

2. В условиях горной местности выступает такой важный фактор как снижение парциального давления отражающий на кислородный обмен и на течение патологического процесса, течение раневого процесса травматической болезни. Вторым фактором, выступает холодовой фактор в условиях горной местности, влияющий на течение травматической болезни. Эти факторы еще хорошо не изучены и становятся проблемой медицины катастроф. Не изучены воздействие экологических факторов местности на репаративный процесс. (Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А.,Абдираев П.А., Арипжанов М.А. 2009 г.)

3). **Социально-экономические факторы, влияющие на деятельность медицины катастроф.** Экстремальные ситуации, порождающие массовый травматизм, требует значительных экономических затрат, они должны быть направлены:

1. На улучшение телефонизации автодорог, радиосвязи, открытие медицинских постов на промежуточных участках автодорог.
2. Улучшение состояния санитарных машин, выделение средства для санитарной авиации, для передвижения медицинского персонала и его имущества.
3. Приобретение запаса медикаментов, аппаратуры и инструментария.
4. Выделение средства для подготовки медработников к условиям экстремальных ситуаций.
5. Финансирование научно изыскательских работ НИЦ “Медицина катастроф” в том числе:

а) разработка новых методов оказания помощи пострадавшим на этапах медицинской эвакуации.

б) разработка новых методов лечения повреждений в условиях массового травматизма.

в) изучение воздействия экологических факторов, среды на течение репаративного процесса.

г) разработка информационных систем для прогнозирования санитарных потерь, при различных экстремальных ситуациях и их математическое моделирование. Разработка новых медицинских приборов и аппаратов для работы в условиях экстремальных ситуаций.

д) средства для медицинской реабилитации пострадавших при экстремальных ситуациях.

6. Финансирование аварийно спасательных работ МЧС и ущерба народного хозяйства, а так же восстановление жилищно-бытовых условий пострадавших. (Курбанов Н.М. 2005 г., Маманазаров Дж. 2009 г.)
7. Социальная реабилитация граждан.

Литература:

1. Авдотьин В.П., Баньщикова З.Е., Никитин Ю.А.,Павленко Л.И., Хоруженко А.Ф. — Актуальность вопросов комплексной оценки, прогноза и мер по смягчению социально-экономических последствий чрезвычайных ситуаций при подготовке специалистов службы медицины катастроф. Всероссийский научно-исследовательский институт по проблемам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, Москва. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999 г, Москва. с.260-261.
2. Авдотьин В.П., Горелов В.Ф., Лебедев А.И., Мытенков В.М., Назаренко Е.К., Самсонов К.П., Хоруженко А.Ф. — Вопросы эффективности создания материальных, продовольственных, медицинских, финансовых ресурсов на случай чрезвычайных ситуаций в московском мегаполисе и их роль при подготовке специалистов РСЧС. Всероссийский научно-исследовательский институт по проблемам гражданской обороны и чрезвычайных ситуаций, Москва. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999, Москва. с.261-262.
3. Курбанов Н.М., Маманазаров Дж., Худайбердиев К.Х. Организация медицинской помощи и лечения пострадавших при экстремальных ситуациях.Ташкент, Изд-во мед. Лит. 2005., 163 с.
4. Маманазаров Дж. с соавт. Теоретические и практические аспекты экстремальной медицины. Ош, 2009., 448с.
5. Медицина катастроф. Материалы международной конференции 22-23 мая 1990г, М., с.196.
6. Человек и катастрофы: Проблемы обучения новым технологиям и подготовки населения и специалистов к действиям в чрезвычайных условиях – Материалы международного симпозиума – М.,1999. 494с.
7. Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. К планированию действий служб медицины катастроф в ликвидации медико-санитарных последствий среди населения сопредельных стран СНГ. Материалы V международной научной конференции травматологов-ортопедов: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 26-27 ноября 1999 года, Бишкек.с.185-187.
8. Ашимов И.А. Усупбаев А.Ч. Маллаев А.М. Шукурбаев К.Ш. Материалы по изучению оптимальности организации хирургической помощи при массовой травме. Материалы V международной научной конференции травматологов-ортопедов: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 26-27 ноября 1999., Бишкек., с.195-198.
9. Баженов В. Г., Журавлев В.М., Рябочкин В.М. — Методологические основы подготовки к действиям в чрезвычайных ситуациях. Российская медицинская академия последипломного образования, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.340-341.
10. Бобий Б.В., Жуков В.А., Кузнецова Р.А., Постникова Л.К. —Структура медицинских формирований СМК территориального уровня и некоторые показатели последипломной подготовки врачей. Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.362-363.
11. Комаров А.В., Мухин В. И. — Информационные технологии образования в профессиональной подготовке специалистов МЧС России. Академия гражданской защиты МЧС России, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.176-181.
12. Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А.,Абдираев П.А., Арипжанов М.А. Актуальные проблемы медицины катастроф и пути их решения в южном регионе Кыргызской

Республики. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, Приложение 3, 2009. Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.412-414.

Especially for health professionals to the working conditions of emergencies.
R.R.Mametov, Dj.M.Mamanazarov

Resume: *In work main principles of preparation of medical workers to working conditions of emergency situations are stated.*

УДК: 614.87:597.556.333.5

Маметов Р.Р., Маманазаров Дж.М.,
Научно-Исследовательский Центр
«Медицина катастроф» КУУ

ТАКТИКО – ТЕХНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ МАССОВОМ ПОТОКЕ ПОСТРАДАВШИХ. ОЦЕНКА КОМПЕТЕНТНОСТИ ХИРУРГА ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЯХ

Резюме: *В работе изложены основные принципы организации и оказания помощи пострадавшим, дана оценка компетентности врача во время сортировки пострадавших, как последствие землетрясении. Выбор оптимальных вариантов диагностики и первоочередности оказания помощи по принципу жизнеопасности травм. Дана оценка роли опытного специалиста, его компетентности в решении задач.*

Корутунду: *Бул макалада жабыркагандарга жардам берүүнүн жана уюштуруунун негизги принциптери камтылып, жер титирөөнүн кесепетинен жабыркагандарды тактоо убагында дарыгердин компетенттүүлүгүнө баа берилген. Жаракаттардын өмүргө зыян алып келүү коркунучу боюнча аныктоонун жана жардам берүүнүн биринчи кезектеги оптималдуу вариантгарын тандоо. Тажрыйбалуу специалист ролуна, маселелерди чечүүдөгү компетенттүүлүгүнө баа берилген.*

Экстремальные ситуации особенно, землетрясение, характеризуется множеством пострадавших и в большинстве случаев механическими повреждениями. Из них, более 30% сопровождаются травматическим шоком, требующие незамедлительного решения своевременной и качественной оказании помощи пострадавшим, однако, в экстремальных ситуациях, например, как Спитакское землетрясение в Армении порождает многотысячные повреждения (более 50 тысячи раненых и 25 тысячи умерших) и практически становиться невозможным оказание своевременной помощи пострадавшим. Число тяжелораненых увеличиваются за счет несвоевременного оказания помощи пострадавшим. Увеличивается число шоковых пострадавших с 30% до 72%, увеличивается летальные исходы с другой стороны. Выходит из строя лечебно-профилактические учреждения, медицинские работники данного региона. Приходится ждать помощи извне. При сильных землетрясениях силами одного государства невозможно ликвидировать медицинские последствия экстремальной ситуации. Отсутствие электроэнергии, водопровода, канализации, подъездных путей которые повреждаются, повторные толчки отягощают работу медицинских работников и приводит к позднему оказанию помощи более 6 часов, а это в свою очередь усугубляет течение патологического процесса, нарастает число гнойно-септических осложнений. Люди погибают от шока, кровотечений, тяжелых травм головного мозга, повреждений органов груди и живота, торакальной и абдоминальной травмы, травмы конечности. Да еще вопрос извлечения людей из-под завалов, а это зависит от своевременной работы отряда

спасателей. Выше перечисленные факторы предопределяют работу медицинских работников, на которых ложится огромная ответственная работа. (Авдохин В.П. 1989г., Азнаурян В. В., Никогосян Р., 1990 г., Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П., 1990 г., Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. 1999 г., Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Абдираев П., Батыров М.К., 2009 г.)

По приезду к месту катастрофы, стихийного бедствия, бригады постоянной готовности на безопасном месте организуют операционно-перевязочный блок или контейнеры с операционным блоком, на котором можно выполнять операции. Пострадавшие должны выводиться из очага поражения силами и средствами МСГЗ, отрядами спасателей МЧС гражданской защиты (ГЗ) населения и концентрируется в приемно-сортировочной площадке после оказания первой медицинской помощи, остановки кровотечения, наложения асептических повязок, шинирования переломов, восстановления проходимости дыхательных путей, противохимических, противорадиационных защит, при необходимости.

Наступает главная, ответственная задача врачей бригад постоянной готовности – необходимо, медицинская сортировка пострадавших. Медицинскую сортировку пострадавших осуществляют самый опытный врач травматолог, хирург из числа врачей постоянной готовности, ибо от этого зависит судьба многих пострадавших. (Абдрахманов А.Ж., 1990 г., Авдеева В. Г., Рыжаков С.А., Федоткин О. В., 1999 г., Базазьян А. Г., Сорокин О. И., 1999 г., Бондарева Т.А., Галеев И.К., Ливерц И.М., Муллов А.Б., Слепушкин В.Д., 1999 г., Воронцов И.В., Ивашина Л.И., Назарова Н.А., Осин О.М., Простакишин Г. П., Шашина Т.А., 1999 г., Антипенков С.В., 2009 г., Абдираев П. А., 2011 г.)

На этапе оказания помощи выступает на первый план опыт, стаж работы, его профессиональная подготовленность, т.е. компетентность в решении поставленной задачи при экстремальной ситуации требует особого подхода, к поставленной задаче, чем в мирное время.

Вопрос – кому оказать первоочередную хирургическую помощь, задача эта сложная и не простая. Здесь выступает на первый план жизнеопасность травмы. Например, травма с кровотечением, не оказать помощи, то умрет. Другая ситуация, когда травма головы с размозжением вещества головного мозга, исход неблагоприятный – летальный. Кому оказать помощь в хирургическом плане в первую очередь, кровотечению или ушибу мозга с размозжением вещества головного мозга.

Не осложненные раны, подлежащие в мирное время, подвергаются ПХО раны безотлагательно, а в условиях, когда имеются сотни и тысячи таких больных, надо отсрочить на более поздние время, с начало надо сделать жизнеспасающие операции. В этом смысле, компетентность врача в проведении медицинской сортировки. Однако, в этом плане, нет юридической основы отказа или отсроченной хирургической обработки ран. В оказании помощи пострадавшим с переломами конечностей со смещением отломков нужно ограничиться обезболиванием и иммобилизацией. В мирное время, можно было выполнять экстренную операцию остеосинтеза - вне очаговую аппаратную фиксацию. Эти операции можно выполнять более поздние сроки. Можно применять аппараты одномоментной репозицию и фиксации. О чем мы изложим в отдельных главах. (Бодриков О. В., Баньщикова З.Е., Глебов В.Ю., Ульянов С В., Сорогин А.А., 1999 г., Бондарева Т.А., Галеев И.К., Ливерц И.М., Муллов А.Б., Слепушкин В.Д., 1999 г., Воронцов И.В., Ивашина Л.И., Назарова Н.А., Осин О.М., Простакишин Г. П., Шашина Т.А., 1999 г.)

Другая сторона вопроса – эта объем хирургической помощи, характер, тактические подходы к объемам и характере оперативных вмешательств. Например: размозженная рана конечности с множественными оскольчатыми переломами с дефектом мягких тканей. В мирное время, мы бы попытались сохранить конечность, т.е. выполнить

органосохраняющую операцию. В экстремальных ситуациях, учитывая реальную возможную угрозы гнойносептических осложнений, угрозы жизни пациента, необходимо, выполнить отсечение конечности. Здесь также нет правовой базы, т.е. ответственность возлагается на оперирующего хирурга, его профессионализма, опыта и знания. Защита хирурга, его юридических прав, необоснованно.

Учитывая выше изложенное, мы попытались систематизировать объем оказания помощи, тактико-технические подходы в решении поставленной задачи при травматических подходах, которые приведены в таблицах экстренных операций, выполняемые при массовом потоке пострадавших с сочетанными повреждениями и политравмами.

Вопросы организация оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями и политравмами в условиях массового поступления пострадавших при экстремальных ситуациях, реализации тактических вопросов, может быть различной в различных клиниках. Они определяются рядом условий, таких как, организация лечебного процесса, оснащением клиник, квалификацией персонала. Надо еще исходить от потока, числа пострадавших, поступающих с сочетанными повреждениями и политравмой.

Большой поток пострадавших с сочетанными повреждениями и политравмой определяет тактико-технические решения объема оказания помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями и политравмой. В этих условиях, в отличие от мирного времени, когда число пострадавших не превышает расчетных коек в палатах интенсивной терапии и реанимации, нужно проводить лечебные мероприятия, направленные только на спасение жизни пострадавших, отложить операции на костях, суставах, сухожилиях, нервах и т.д. (Кабанов Н., Астафуров В.Н. Новосельцев А.В., Коцеров Ю. А., 1990 г., Лагодинский З.Г., Попов В.В., Клейнер Г.А., 1990 г., Иногамджанов Т.И., 1995 г.)

Прежде всего, до поступления пострадавших с тяжелой травмой должны быт извещены по телефону и медицинский персонал должен быть готовым к приему пострадавших, должны разворачивать операционные и перевязочные, подготовить нужные необходимые запасы медикаментов, перевязочного материала, рентгенологических пленок, стерильных растворов.

Надо отметить, что автоклавная, аптека должна функционировать круглосуточно.

Для оказания полноценной качественной специализированной помощи пострадавшим с сочетанными повреждениями и политравмой, необходим, подготовленный опытный специалист. Дежурная бригада должна иметь в составе травматолога, нейрохирурга, реаниматолога и хирурга. Необходимо, чтобы функционировали круглосуточно рентген кабинет и клинико-биохимическая лаборатория.

Обязательными манипуляциями с диагностической целью, должно сразу же выполняется (если есть показания.) люмбальная пункция, пункция полостей, лапароцентез, торакоцентез, пункция суставов.

Патогенетическая терапия должна быть направлена на коррекцию жизненно важных функций организма, противошоковая терапия, дегидратация, кровоостанавливающая терапия борьба с отеком мозга, легких должна стать ключевым узлом патогенетической терапии.

При открытых повреждениях, размозжениях конечностей, необходимо обязательное введение 30.000 МЕ поливалетной противогангренозной сыворотки, 3000ЕД противостолбнячной сыворотки.

Антибактериальная терапия должна назначаться сразу же после поступления пострадавшего с сочетанными повреждениями и политравмой с профилактической и лечебной целью.

Литература:

1. Авдохин В.П. Землетрясения и меры по облегчению их воздействии: (обзор) // Гражданская оборона. — 1989. — № 5. — С. 13 — 20.

2. Азнаурян В. В., Никогосян Р. Землетрясение в Армении (опыт, выводы, проблемы). «Медицина катастроф»., Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.48-49.
3. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. Медико-психологическая помощь во время и после стихийных бедствий и катастроф // Медицина катастроф: Матер, междунар. конф., М., 22-24 мая 1990.— М., 1990. — С. 367.
4. Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. К планированию действий служб медицины катастроф в ликвидации медико-санитарных последствий среди населения сопредельных стран СНГ. Материалы V международной научной конференции травматологов-ортопедов: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 26-27 ноября 1999 года, Бишкек.с.185-187.
5. Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Абдираев П., Батыров М.К. Новые тактико-технические решения в организации и оказании догоспитальной помощи пострадавшим с открытыми повреждениями конечностей при разрушительном землетрясении. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, приложение 3, 2009. Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.419-421.
6. Абдрахманов А.Ж. Об организации специализированной травматологической помощи при катастрофах. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.236-237.
7. Авдеева В. Г., Рыжаков С.А., Федоткин О. В. — Территориальная образовательная служба медицины катастроф. Территориальный центр медицины катастроф Пермской области. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.365-367.
8. Базазьян А. Г., Сорокин О. И. —Некоторые итоги повышению готовности медицинских сил и средств МПС России к действиям в чрезвычайных ситуациях. Всероссийский НИИ железнодорожной гигиены, департамент здравоохранения МПС России, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.290-291.
9. Бондарева Т.А., Галеев И.К., Ливерц И.М., Муллов А.Б., Слепушкин В.Д. — Подготовка штатных и нештатных формирований службы медицины катастроф в Кузбассе., Филиал НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк, Россия областной центр медицины катастроф, г. Кемерово. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.313-314.
10. Воронцов И.В., Ивашина Л.И., Назарова Н.А., Осин О.М., Простакишин Г. П., Шашина Т.А. — Требования к организации и подготовке санитарно-токсикологической бригады. Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» минздрава России, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.375-376.
11. Антипенков С.В. Управление ресурсами травматолого-ортопедической службы на муниципальном уровне // Автореф. дис. …канд.мед.наук. – М., 2009. – 21 с.
12. Абдираев П. А. Алгоритм действия медицинских и технических бригад в экстремальных ситуациях журнал медицина Кыргызстана 3/2012. Материалы III Евразийского конгресса. 20-21 мая, Рим, Италия, 2011. с.24-26.
13. Бодриков О. В., Баньщикова З.Е., Глебов В.Ю., Ульянов С В., Сорогин А.А. - Комплексная оценка природных и техногенных рисков для населения республики Татарстан, ВНИИ ГОЧС, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.416-417
14. Бондарева Т.А., Галеев И.К., Ливерц И.М., Муллов А.Б., Слепушкин В.Д. — Подготовка штатных и нештатных формирований службы медицины катастроф в Кузбассе., Филиал НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк, Россия

областной центр медицины катастроф, г. Кемерово. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.313-314.
15. Воронцов И.В., Ивашина Л.И., Назарова Н.А., Осин О.М., Простакишин Г. П., Шашина Т.А. — Требования к организации и подготовке санитарно-токсикологической бригады. Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» минздрава России, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.375-376.
16. Кабанов Н., Астафуров В.Н. Новосельцев А.В., Коцеров Ю. А. Организация помощи пострадавшим с политравмой. «Медицина катастроф» , Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.290-291.
17. Лагодинский З.Г., Попов В.В., Клейнер Г.А. Оказание квалифицированной медицинской помощи при катастрофах бригадами быстрого реагирования. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.187-188.
18. Иногамджанов Т.И. Организация медицинской помощи в травматологическом пункте при массовом поступлении больных с сочетанными травмами. Республиканская конференция «Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях» 15-16 ноября 1995., Ташкент, с.17-18.

Tactical and technical approaches to surgical treatment at a mass flow of victims. Assessment of competence of the surgeon in extreme situations.

R.R.Mametov, Dj.M.Mamanazarov

Resume: *In work main principles of the organization and rendering assistance by the victim are stated, the estimation of competence of the doctor is given during sorting of victims, as a consequence earthquake. A choice of optimum variants of diagnostics and first priority rendering assistance by a principle life-danger traumas. The estimation of a role of the skilled expert, its competence of the decision of problems is given.*

УДК: 616.71-001.5-089.227.84

Маметов Р.Р., Ахунжанов Р.А.,
Научно-Исследовательский Центр
«Медицина катастроф» КУУ

ВОЗМОЖНОСТИ ПОЗДНЕГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ МАССОВОМ ТРАВМАТИЗМЕ ПРИ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИИ

Резюме: *Авторами на основе изучения анализа, состава пострадавших при разрушительном землетрясении предложено остеосинтезы костей конечности в более поздние сроки, что связано нехваткой сил и средств более ранние сроки, когда выполнялись жизнеспасающие операции.*

Корутунду: *Өмүр сактап калуу операциясын жасоодо алгачкы убагында күч жана каражаттардын жетишпестигине байланыштуу, каттуу жер титирөөдөн жабыркагандардын курамынын анализинин изилдөө негизинде авторлордон колу-буттардын сөөктөрүнүн кечиктирилген остеосинтездери сунушталган.*

Вопросы организации и оказания помощи пострадавшим при разрушительном землетрясении, является наиболее актуальным из-за больших санитарных потерь, которые зависят от ряда факторов. (Азнаурян В. В., Никогосян Р., 1990 г., Айвазян В.П. Тумян Г.А. Григорян А.С. Есаян А.Г. Чарчян А.Г. 1990 г., Абдрахманов А.Ж. 1990 г., Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. 1999 г., Авдеева В. Г., Рыжаков С.А., Федоткин О. В. 1999 г., Бодриков О. В., Баньщикова З.Е., Глебов В.Ю., Ульянов С В., Сорогин А.А. 1999г., Бондарева Т.А.,

Галеев И.К., Ливерц И.М., Муллов А.Б., Слепушкин В.Д. 1999 г., Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Абдираев П., Батыров М.К. 2009 г., Антипенков С.В. 2009 г., Абдираев П. А. 2011 г.)

К ним можно отнести:

1. Сила землетрясения, скорость распространения, направление.
2. Географическая расположенность местности, где произошло землетрясения, площадь распространения.
3. Плотность населения.
4. Наличия подъездных путей, транспортное сообщение.
5. Близость лечебных учреждений.
6. Наличие промышленных предприятий, в том числе химической промышленности.
7. Градостроительство данной местности, устойчивость зданий.

Данные литературы свидетельствуют, что при разрушительном землетрясении санитарные потери достигают 30-40%. По данным во время Спитакского землетрясения (Армения, 1986г.), более 25 тысяч погибло и 50 тысяч получили повреждения. Число тяжелых сочетанных повреждений и политравм достигло 40%. Летальность среди этой группы пострадавших достигло 70% из-за несвоевременной оказания помощи пострадавшим.

Травма, полученная вследствие землетрясения, у людей складывается из следующих факторов:

1. Падения при беге, страх приводит к падению с высотных зданий, саамы пострадавшие выпрыгивают из-за страха.
2. Сдавления обломками разрушенных зданий.
3. Термические ожоги вследствие пожаров.
4. Баротравма приводит к повреждению барабанной перепонки, неврита слухового нерва.
5. Нарушения функции зрения в результате психогенных факторов запыленность воздуха.
6. Гул, грохот, страх приводи к психическим нарушениям.
7. Разложения трупов, разрушения водоснабжения, электричество приводит к развитию инфекционных заболеваний, угрожающих жизни пострадавшего.
8. Разрушения промышленных предприятий приводит к загрязнению атмосферы вредными газами, токсическими веществами, к отравлению людей и животных.

Один из главных причин при получении травмы является воздействие механических факторов, в результате которых часто люди получают переломы, ушибы, сдавления и т.д. (Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Абдираев П., Батыров М.К. 2009 г., Гончаров С.Ф.)

Массовость повреждений требует немедленной, экстренной помощи, однако, большое число пораженных требует больших медицинских сил и средств, что невозможно осуществить сразу же, каждый час ожидания помощи пострадавшим ухудшает исходы тяжелых повреждений, особенно при жизнеопасных повреждениях. С этой точки зрения, все медицинские силы и средство должны быть направлены на спасение пострадавших с жизнеопастными повреждениями, остальным пострадавшим хирургическую помощь нужно оказывать отсрочено. (Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А., Батыров М.К., Арипжанов М.А. 2009 г., Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А., Арипжанов М.А., Абдираев П.А. 2009 г., Маманазаров Дж., Арипжанов М.А., Ахунжанов Р., Абдираев П.А. 2011 г.)

Для этой цели всех пострадавших, нуждающихся в неотложной помощи, мы разделили на большие группы:

1. Жизнеопасные травмы.

а). Жизнеперспектабельные.

б). Жизнебезперспектабельные.

2. Нежизнеопасные травмы.

а) Нежизнеопасные травмы.

б) Открытые и закрытые.

1. Травмы головного мозга со сдавлением вещество головного мозга внутричерепными гематомами с субарахноидальными кровоизлияниями.
2. Ушиб головного мозга тяжелой степени без сдавления вещество головного мозга, но с вероятностью развития отека мозга.
3. Травма грудной клетки, открытые и закрытые, сопровождающиеся гемопневмотораксом, клапанный пневмоторакс, ушибы легких, органов средостения.
4. Повреждения ротоглотки, трахеи, пищевода.
5. Повреждения живота, открытые и закрытые с повреждениями внутренних органов – почки, мочевого пузыря.
6. Повреждения лицевого черепа кровотечением.
7. Повреждение позвоночника с повреждениями спинного мозга, шейного отдела, грудного отдела, сопровождающиеся нарушением дыхания.
8. Множественные переломы тазовых костей, сопровождающиеся шоком.
9. Открытые переломы длинных трубчатых костей, сопровождающиеся кровотечением и шоком.
10. Закрытые переломы двух и более сегментов, сопровождающиеся шоком.
11. Повреждения крупных сосудов.

Данной группе пострадавших, помощь оказывается по возможности быстрее с хирургическим методом лечения, включая металлоостеосинтез костей.

Во второй группе пострадавших, когда имеются нежизнеопасные травмы, когда нет срочности оказания хирургической помощи, необходимо проводит остеосинтез костей в плановом порядке. Мы бы предлагали “Программированный остеосинтез при экстренных ситуациях”.

Остеосинтез как составная часть лечебно-эвакуационных мероприятий в ликвидации последствий разрушительных землетрясений должен выполняться в оптимальные сроки с соблюдением всех условий остеосинтеза. В экстремальных ситуациях нельзя выполнять первичный остеосинтез, когда не хватает медицинских сил и средств, не хватает специалистов, необходимо проводит плановый остеосинтез с соблюдением всех условий остеосинтеза.

Программированный остеосинтез осуществляется в три этапа.

Первый этап:

1. Проведение противошоковых мероприятий с применением аналгетиков, наркотиков, местное обезболивание с раствором новокаина, лидокаина, включая проводниковую анестезию.
2. Наложения скелетного вытяжения.
3. Одномоментная аппаратная репозиция отломков и фиксация укороченными гипсовыми лонгетами или полихлорвинила, оно имеет следующие преимущества:

а). Может выполняться одним хирургом.

б). Выполняется под местным обезболиванием, исключая анестезиологический риск.

в). Точность сопоставления отломков.

г). Жесткое удерживание отломков за счет введенной спицы.

д). Создание быстрой мобильности, функциональная выгода.

Второй этап:

1. Может выполняться первые 5 – 6 сутки.
2. Одномоментная аппаратная репозиция отломков и фиксация отличаются еще тем, что эти аппараты мгновенного применения не требуют больших экономических затрат, медицинских сил и средств, что отвечает требованиям медицины в экстремальных ситуациях.

3. Нами составлен перечень переломов, при которых нужно применят аппараты одномоментной репозиции.

Третий этап:

1. 8 – 10 сутки после получения травмы.

2. На этом этапе оказания специализированной помощи выполняются остеосинтезы костей в плановом порядке, когда создаются общие и местные оптимальные условия для выполнения металлоостеосинтеза. Показанием к проведению является, согласно программе, клиника межкостной интерпозиции мягких тканей, когда другие методы репозиции и фиксации оказались безуспешными.

3. Выполняются остеосинтезы костей более щадящими, быстро выполнимыми методами в условиях дефицита времени, медицинских сил и средств. (Кабанов Н., Астафуров В.Н. Новосельцев А.В., Коцеров Ю. А. 1990 г., Лагодинский З.Г., Попов В.В., Клейнер Г.А. 1990 г., Иногамджанов Т.И. 1995 г., Маманазаров Дж., Сагынбаев М.А., Батыров М.К. 2006 г.)

Литература:

1. Абдрахманов А.Ж. Некоторые аспекты использования аппаратов внешней фиксации при политравмах. Материалы V Международной научной конференции травматологов-ортопедов: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 26-27 ноября 1999 года, Бишкек. с.48-50.
2. Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Муратов А.А., Хаджиматов О.М. Ликвидация медицинских последствий после землетрясения на юге КР. Центрально-азиатский медицинский журнал., Том XV, Приложение 3, 2009. Материалы II Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009. с.424-425.
3. Курбанов Н.М., Маманазаров Дж., Худайбердиев К.Х. Организация медицинской помощи и лечения пострадавших при экстремальных ситуациях.Ташкент, Изд-во мед. Лит. 2005., 163 с.
4. Маманазаров Дж. с соавт. Теоретические и практические аспекты экстремальной медицины. Ош, 2009., 448с.
5. Медицина катастроф. Материалы международной конференции 22-23 мая 1990г, М., с.196.
6. Человек и катастрофы: Проблемы обучения новым технологиям и подготовки населения и специалистов к действиям в чрезвычайных условиях – Материалы международного симпозиума – М.,1999. 494с.
7. Азнаурян В. В., Никогосян Р. Землетрясение в Армении (опыт, выводы, проблемы). «Медицина катастроф»., Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.48-49.
8. Айвазян В.П. Тумян Г.А. Григорян А.С. Есаян А.Г. Чарчян А.Г. Организация и оказание специализированной травматологической помощи в условиях ерниито пострадавшим от землетрясения в Армении 1988 г. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.47-48.
9. Абдрахманов А.Ж. Об организации специализированной травматологической помощи при катастрофах. «Медицина катастроф» Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.236-237.
10. Аалиев Г.К., Тойматов С.Ш. К планированию действий служб медицины катастроф в ликвидации медико-санитарных последствий среди населения сопредельных стран СНГ. Материалы V международной научной конференции травматологов-ортопедов: «Актуальные вопросы травматологии и ортопедии» 26-27 ноября 1999 года, Бишкек.с.185-187.
11. Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Абдираев П., Батыров М.К. Новые тактико-технические решения в организации и оказании догоспитальной помощи

пострадавшим с открытыми повреждениями конечностей при разрушительном землетрясении. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, приложение 3, 2009. Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.419-421.

12. Авдеева В. Г., Рыжаков С.А., Федоткин О. В. — Территориальная образовательная служба медицины катастроф. Территориальный центр медицины катастроф Пермской области. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.365-367.
13. Бодриков О. В., Баньщикова З.Е., Глебов В.Ю., Ульянов С В., Сорогин А.А. - Комплексная оценка природных и техногенных рисков для населения республики Татарстан, ВНИИ ГОЧС, М., Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.416-417.
14. Бондарева Т.А., Галеев И.К., Ливерц И.М., Муллов А.Б., Слепушкин В.Д. — Подготовка штатных и нештатных формирований службы медицины катастроф в Кузбассе., Филиал НИИ общей реаниматологии РАМН, г. Новокузнецк, Россия областной центр медицины катастроф, г. Кемерово. Материалы международного симпозиума 1-2 июня 1999., М., с.313-314.
15. Антипенков С.В. Управление ресурсами травматолого-ортопедической службы на муниципальном уровне // Автореф. дис. …канд.мед.наук. – М., 2009. – 21 с.
16. Абдираев П. А. Алгоритм действия медицинских и технических бригад в экстремальных ситуациях журнал медицина Кыргызстана 3/2012. Материалы III Евразийского конгресса. 20-21 мая, Рим, Италия, 2011. с.24-26.
17. Арипжанов М.А., Маманазаров Дж., Абдираев П., Батыров М.К. Новые тактико-технические решения в организации и оказании догоспитальной помощи пострадавшим с открытыми повреждениями конечностей при разрушительном землетрясении. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, приложение 3, 2009. Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.419-421.
18. Гончаров С.Ф. Организация медицинского обеспечения населения в ходе ликвидации последствий землетрясения на Сахалине // Уроки и выводы сахалинского землетрясения: Тез. докл. науч.-практ.
19. Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А., Батыров М.К., Арипжанов М.А. Методика оценки готовности лечебных учреждений к медицинскому обеспечению населения в экстремальных ситуациях. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, приложение 3, 2009., Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.421-423.
20. Маманазаров Дж., Сагымбаев М.А., Арипжанов М.А., Абдираев П.А. Программированный остеосинтез переломов при разрушительном землетрясении. Центрально-азиатский медицинский журнал том XV, приложение 3, 2009., Материалы I Евразийский конгресс травматологов-ортопедов. Иссык-куль, 11-12 июня 2009., с.423-424.
21. Маманазаров Дж., Арипжанов М.А., Ахунжанов Р., Абдираев П.А. Проблемы в медицинском обеспечении ликвидаций последствий чрезвычайных ситуаций. Ж. Медицина Кыргызстана 4/2011. Материалы II Евразийского конгресса и II съезда травматологов-ортопедов Кыргызстана, посвященного 75-летию профессора С.К. Кожокматова. 6-9 июля, Иссык-куль, 2011., с.20-22.
22. Кабанов Н., Астафуров В.Н. Новосельцев А.В., Коцеров Ю. А. Организация помощи пострадавшим с политравмой. «Медицина катастроф», Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.290-291.
23. Лагодинский З.Г., Попов В.В., Клейнер Г.А. Оказание квалифицированной медицинской помощи при катастрофах бригадами быстрого реагирования. «Медицина катастроф»Материалы международной конференции 22-23 мая 1990., М., с.187-188.

24. Иногамджанов Т.И. Организация медицинской помощи в травматологическом пункте при массовом поступлении больных с сочетанными травмами. Республиканская конференция «Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях» 15-16 ноября 1995., Ташкент, с.17-18.
25. Маманазаров Дж., Сагынбаев М.А., Батыров М.К. Новые технологии в лечении переломов длинных трубчатых костей в условиях экстремальных ситуаций. Центрально-азиатский медицинский журнал том XII, Приложение 3, 2006. Материалы I съезда травматологов-ортопедов Кыргызстана с участием зарубежных специалистов. Иссык-куль, 14-16 сентября, 2006., с.154.

Possible late osteosynthesis in mass injuries during earthquakes.
R.R.Mametov, R.A.Ahunjanov

Resume: *Authors on the basis of studying of the analysis, structure of victims at destructive earthquake it is offered osteosyntheses of bones of an extremity in later terms that is connected by shortage of forces and means earlier terms when were carried out life-saving operations.*

УДК: 616.366-089.87

Осумбеков Б.З., Батиров Ж.Р., Осумбеков Р.Б., Чокотаев М.А.
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, медицинский факультет ОшГУ, г. Ош. Кыргызская Республика.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. *Авторами приводится результаты лапароскопической холецистэктомии 421 больных, ранее перенесших операции на органах брюшной полости и проведен анализ условий успешного выполнения лапароскопической холецистэктомии при желчекаменной болезни. Изложенная методика выполнения лапароскопической холецистэктомии позволила улучшить результаты хирургического лечения.*

Корутунду. *Бул макалада авторлор тарабынан мурда ич көңдөй органдарында операция жүргүзүлгөн 421 бейтапка лапароскопиялык холецистэктомия жасалгандыгынын жыйынтыктары берилген жана өттүн таш оорусунда лапароскопиялык холецистэктомияны ийгиликтүү кылуу шарттарына анализ жүргүзүлгөн. Баяндалган лапароскопиялык холецистэктомия жасоо ыкмасы хирургиялык дарылоо жыйынтыгын жакшыртууга өбөлгө түзөт.*

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, оперированные больные, спаечная болезнь.

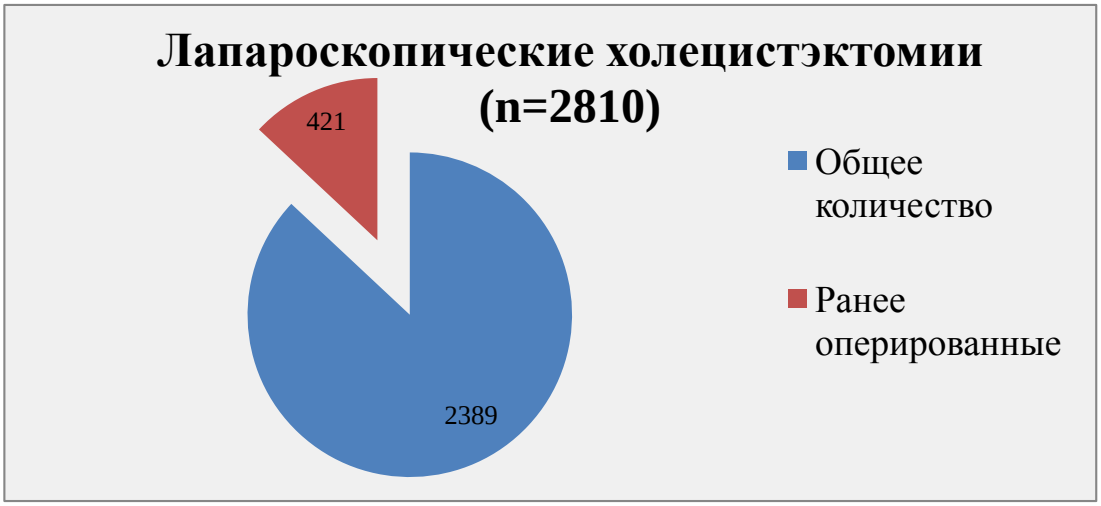
Актуальность. В настоящее время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) широко внедрена в мировую хирургическую практику и является «золотым стандартом» оперативного лечения желчекаменной болезни (ЖКБ), что обусловлено ее малой травматичностью, хорошим косметическим эффектом и быстрым восстановлением трудовой деятельности пациентов (1-5).

Несмотря на успехи эндовидеохирургии в лечении ЖКБ, многие авторы считают ранее перенесенные операции на верхних отделах брюшной полости противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Это связано с техническими сложностями выполнения ЛХЭ у данной категории больных, что, в первую очередь, обусловлено «слепым» введением троакаров, высоким риском повреждения внутренних органов вследствие спаечного процесса (6-7). Выполнение ранее оперированным больным повторной лапаротомии усугубляет

спаечный процесс брюшной полости и увеличивает вероятность развития послеоперационных грыж.

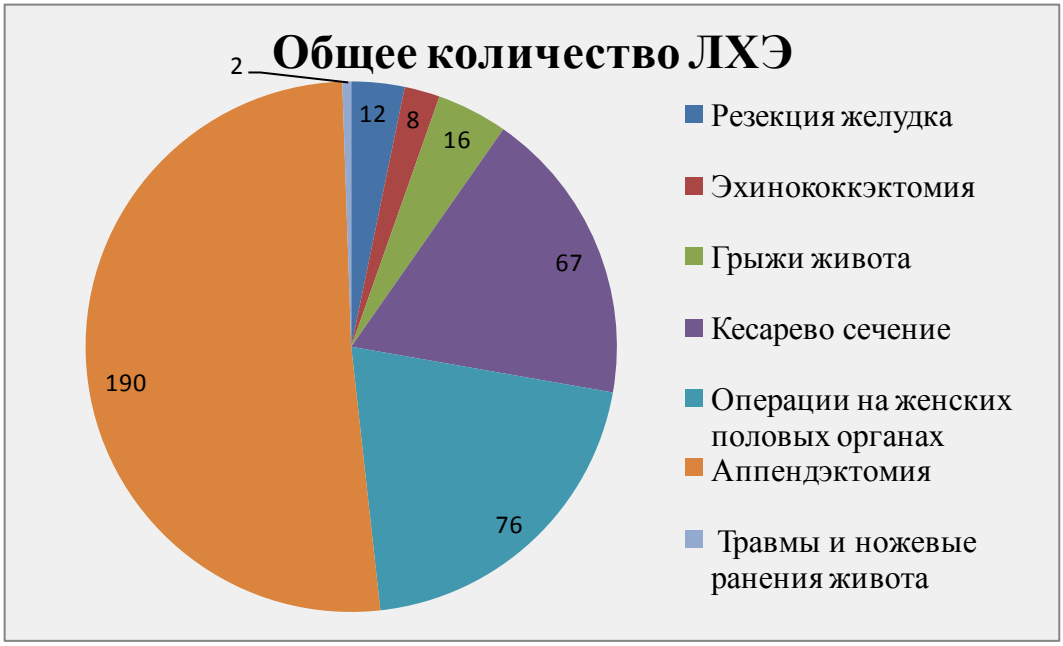
Цель работы. Улучшение результатов применения лапароскопической холецистэктомии при лечении хронического и острого калькулезного холецистита у пациентов, ранее оперированных на органах брюшной полости.

Материал и методы. В отделении хирургии №2 ОМОКБ с ноября 2009 года по апрель 2015 года выполнено 2810 ЛХЭ. Из них 421 больных ранее перенесли операции на органах брюшной полости.



Возраст ранее оперированных больных колебался от 18 до 78 лет, но в основном встречались в возрасте от 31 до 60 лет.

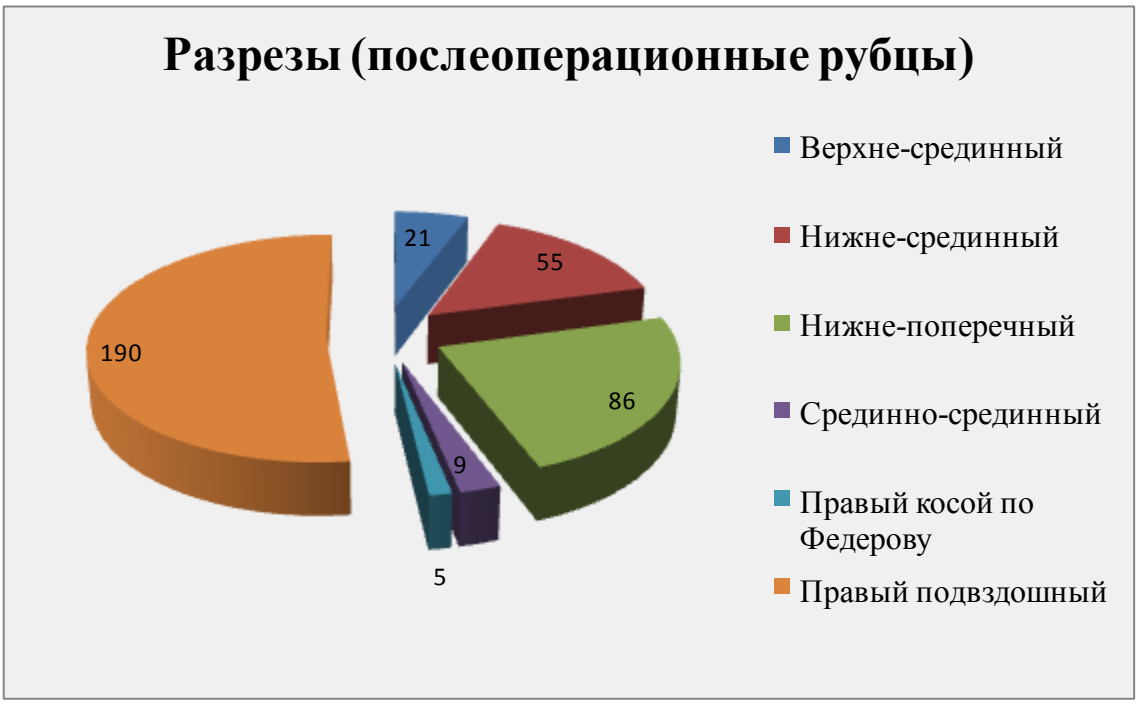
В числе ранее оперированных женщин было 339 больных, мужчин 52 больных.



Как видно из диаграммы, ранее перенесенные операции были связаны со следующими патологиями: резекции желудка – 12, эхинококкэктомии из печени – 8, операции по поводу грыжи белой линии живота – 16, кесарево сечения – 67, операции на женских половых органах – 76, аппендэктомии – 190 и травмы и ножевые ранения живота – 2. Из 421 больных 333 перенесли оперативные вмешательства в основном на нижних

этажах брюшной полости, преимущественно аппендэктомии, и органах малого таза по поводу гинекологических заболеваний.

Из 421 больных 48 больным ранее было проведено 2 и более операции на органах брюшной полости: аппендицит и грыжа – 2, ушивание язвы желудка и внематочная беременность – 1, аппендэктомия и внематочная беременность – 13, внематочная беременность, аппендэктомия и ампутация матки – 6, ампутация матки и аппендэктомия – 9, операция кесарево сечение (8 раз), кистэктомия из яичников, грыжесечение и спаечная болезнь брюшной полости – 1, кесарево сечение и ампутация матки – 7, аппендэктомия и эхинококкэктомия из печени - 2, кишечная непроходимость и ампутация матки – 1, травма живота и аппендэктомия – 1, аппендэктомия, грыжесечение и нефрэктомия - 1, кесарево сечение и грыжесечение – 4.



Результаты и обсуждения. Комплекс обследований больных включал клинические, лабораторные, функциональные и инструментальные методы обследования (рентгенография грудной клетки, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия).

У больных с послеоперационными рубцами в нижних отделах и правой половине брюшной полости оперативное вмешательство проводилось по общепринятой методике. У пациентов, ранее оперированных на верхнем этаже брюшной полости и наличием послеоперационного рубца по средней линии вокруг пупка и выше пупка, оперативное вмешательство проводилось по следующей методике. Под эндотрахеальным наркозом, отступив на 1 см выше пупка выполнялось иссечение старого п/о рубца. Частично тупым и острым путем производилось проникновение в брюшную полость с разделением имеющегося спаечного процесса. После подтверждения доступа в свободную брюшную полость, через дефект апоневроза вводили 10 мм троакар для лапароскопа. После наложения карбоксиперитонеума, производили лапароскопическую ревизию органов брюшной полости, результаты которой определяли ход дальнейшей операции. При лапароскопической ревизии у 88 (20.91%) больных выявлен послеоперационный спаечный процесс, что послужило показанием для адгезиолизиса. У остальных 333 (79.01%) больных адгезиолизис посчитали выполнять излишним в связи с тем, что

спаечный процесс локализовался в малом тазу, не был выраженным, не вызывал клинических жало у больных, не препятствовал выполнению ЛХЭ.

Последующие манипуляционные троакары устанавливались под контролем лапароскопа в точках, свободных от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства.

Разъединение спаек производили как тупым, так и острым способами. Тупое разделение спаек выполняли диссектором и зажимами. Для рассечения тканей использовали ножницы и биполярную коагуляцию. В процессе адгезиолизиса происходили ранения мелких сальниковых сосудов, которые легко коагулировались биполярной коагуляцией. Кровоточащие сосуды избирательно захватывались зажимом, приподнимались от окружающих тканей и коагулировались отдельно.

Определенные трудности возникали при разделении сальниковых спаек с париетальной брюшиной, что часто наблюдалось после срединных лапаротомий и после операций по поводу пупочных грыж.

В наших наблюдениях из 421 случая ранее оперированных больных во время лапароскопической холецистэктомии конверсия потребовалась у 2 больных. В 1 случае конверсия была обусловлена вовлечением в спаечный процесс петель тонкого кишечника и передней брюшной стенки по ходу послеоперационного рубца (в анамнезе операция по поводу спаечной болезни брюшной полости). В другом случае конверсия была связана в связи со значительными техническими трудностями, обусловленным выраженным спаечным процессом в перипузырном пространстве (в анамнезе операция эхинококкэктомия из печени). Все больные после лапароскопической холецистэктомии выписаны на 4-5 сутки. Осложнения наблюдались в 1 случае, у больного, ранее оперированного по поводу язвенной болезни (резекция желудка), после лапароскопической холецистэктомии после удаления дренажной трубки на 3 сутки при УЗИ обнаружена гематома в ложе желчного пузыря. Больному произведена релапароскопия, удаление гематомы подпеченочного пространства и дренирование. Больной на 9 сутки выписан домой.

Выводы.

1. Лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных, перенесших ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости, однако техническая сложность адгезиолизиса обусловливает необходимость выполнения этого вмешательства опытным хирургом.
2. Выполнение ЛХЭ у больных, которые ранее перенесли операции на нижнем этаже брюшной полости не вызывает существенных сложностей у операционной бригады.
3. У больных, ранее оперированных по поводу резекции желудка, эхинококкэктомии из печени, грыжи белой линии живота, выраженность спаечного процесса сопровождалась большими трудностями в разъединении и при невозможности разъединения спаек служит показанием к проведению конверсии.
4. Малая травматичность операции, снижение риска развития спаечной кишечной непроходимости и послеоперационных грыж, снижение сроков пребывания больного на стационарном лечении, быстрое восстановление физической активности – факторы в пользу выполнения ЛХЭ у данной категории больных.

Литература:

1. Бобров О.Е. Лапароскопическая технология холецистэктомии при остром холецистите / О.Е. Бобров, Ю.С. Семенюк, Н.А. Мендель // Хірургія України. – 2004. – № 4. – С. 111 – 118.
2. Запорожченко Б.С. Диагностические, тактические и технические аспекты лапароскопической хирургии острого холецистита / Б.С. Запорожченко, И.Е. Борода ев, О.А. Велюра // Экспериментальна і клінічна медицина. – 2004. – № 3. – С. 181 – 182.

3. Лупальцов В.И. Опасности, ошибки и осложнения при лапароскопических операциях по поводу острого холецистита / В.И. Лупальцов, С.С. Мирошниченко // Клін. хірургія. – 2007. – № 5 – 6. – С. 30 – 31.
4. Одномоментные симультанные хирургические операции с применением лапароскопической техники при остром холецистите / М.А. Каштальян, Н.В. Мищенко, В.Ю. Шаповалов, М.М. Каштальян // Клін. хірургія. – 2007. – № 5 – 6. – С. 27 – 28.
5. Галлингер Ю.И., Тимошин А.Д. Лапароскопическая холецистэктомия // М., 1992. 66 с.
6. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хир. 1996. Т. 1. С. 3-6.
7. Борисов А.Е. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. Санкт-Петербург, 2002 г.

Resume. *The authors conduct experiments of laparoscopic cholecystectomy 421 patients previously underwent surgery for abdominal and analyze the conditions for successful laparoscopic cholecystectomy for cholelithiasis. The foregoing procedure of laparoscopic cholecystectomy has improved the results of surgical treatment.*

УДК: 616.36

Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Каратаева Г.Т., Осумбеков Р.Б.,
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, медицинский факультет ОшГУ, г. Ош,
Кыргызская Республика

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ГИСТОГРАФИЧЕСКАЯ ДЕНСИТОМЕТРИЯ ПРИ ДИФФУЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Резюме: *в статье представлены результаты ультразвуковой гистографической денситометрии 59 больных с диффузными поражениями печени (хронический гепатит, хронический гепатит с переходом в цирроз, цирроз печени и жировой гепатоз) и 30 пациентов с неизмененной печенью в сопоставлении с клиническими данными.*

Ключевые слова: *ультразвуковое исследование, ультразвуковая гистографическая денситометрия, диффузные поражения печени.*

Корутунду: *бул макалада боордун диффуздуу бузулуулары менен 59 бейтаптын жана боордо өзгөрүүсү жок 30 бейтаптын клиникалык белгилерин салыштыруу жүргүзүлгөн ультраундуу гистографиялык денситометриянын жыйынтыктары берилген.*

Актуальность. Структура паренхимы неизмененной печени представлена мелкозернистым изображением средней эхогенности, состоящим из множества мелких точечных и линейных структур, равномерно расположенных по всей площади полученного среза. Иногда вариантом неизмененной паренхимы печени может быть более крупнозернистое изображение, при условии сохранения однородности ткани. По эхогенности ткань нормальной печени сопоставима или несколько превышает эхогенность коркового вещества почки, являющегося эталоном при отсутствии патологии этого органа.

Ультразвуковое исследование диффузных поражений печени представляет определенные трудности, которые связаны объективными (тип ультразвукового аппарата, технические возможности, дополнительные функции и разрешающая способность) и

субъективными (уровень подготовленности специалиста ультразвуковой диагностики, так как каждый специалист по разному оценивает эхогенность, эхоплотность паренхимы печени) факторами.

Целью нашей работы является повышение информативности, точности диагностики диффузных поражений печени за счет уменьшения доли субъективизма с применением имеющейся на современных ультразвуковых аппаратах функции гистографической денситометрии или измерение плотности ткани печени с применением способа гистографии на определенном выделенном участке паренхимы печени.

Материал и методы. Материалом служили данные ультразвуковой диагностики и сравнение данных гистографической кривой 59 больных с различными диффузными поражениями печени и 30 пациентов с неизмененной печенью. Пациентам по стандартной методике проводили ультразвуковое исследование печени через переднюю брюшную стенку. Для получения удовлетворительного изображения печени в большинстве случаев достаточно проведения сканирования в трех плоскостях со стороны эпигастрии и правого подреберья - косой, продольной и поперечной. Исследование проводили на ультразвуковом аппарате Mindray, производство КНР с применением датчика с частотой излучения 3.5 МГц.

В соответствии с клиническими и ультразвуковыми данными больные были разделены на 5 групп: хронический гепатит - 25 больных, хронический гепатит с переходом в цирроз – 15 больных, цирроз печени – 9 больных, жировой гепатоз -10 больных и 30 пациентов с неизмененной печенью.

Для решения поставленной задачи проводили оценку структуры паренхимы печени у здоровых лиц и больных с диффузными заболеваниями печени с применением способа гистографии на определенном выделенном участке, для чего регистрировали цифровой гистографический показатель среднего уровня интенсивности эхосигнала произвольной области ультразвукового изображения MN паренхимы печени, строили графическую кривую гистограммы ткани печени и проводили сравнительный анализ полученных результатов с диффузными поражениями печени.

В ходе гистографического исследования регистрируют основной цифровой гистографический показатель:

MN (MEAN) - This is the mean intensity level in the specified area (средний уровень интенсивности эхосигнала произвольной области ультразвукового изображения).

Горизонтальная ось графика гистограммы представляет собой шкалу полутонов, имеющую уровни интенсивности от 0 до 63. Вертикальная ось характеризует распределение уровней интенсивности на произвольном участке, где число пикселей для чаще всего встречающейся интенсивности принято равным 100%.

Результаты и обсуждения. В наших исследованиях у 30 больных (рис.1) неизмененной паренхимой печени при УЗИ при гистографической денситометрии выявлены следующие показатели: распределение эхосигналов структуры паренхимы печени на гистограмме в виде высокого и острого пика графической кривой со «столиком» основания средней величины, расположенного в начальном и среднем отделе горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов, что свидетельствует о нормальном состоянии структуры паренхимы печени.

Рисунок 1

Рисунок 2

У 25 больных с хроническим гепатитом (рис.2) гистограмма характеризуется в графическом изображении распределением эхосигналов структуры паренхимы печени в виде низкого и пологого пика графической кривой с широким «столиком» основания, расположенного в среднем и конечном отделах горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов.

У 15 больных с хроническим гепатитом с переходом в цирроз и 9 больных с циррозом печени (рис.3) графическая кривая гистограммы ткани печени представлена в виде разных по величине острых и пологих пиков с широким «столиком» основания графической кривой, расположенных в среднем отделе горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов.

Рисунок 3

Рисунок 4

В 10 случаях с жировым гепатозом (рис.4) распределение эхосигналов графического изображения структуры паренхимы печени в виде высокого и острого пика графической кривой с широким «столиком» основания, расположенного в среднем отделе горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов.

Выводы. Таким образом, представленный способ ультразвуковой диагностики помогает в диагностике при целом ряде патологических изменений структуры паренхимы печени:

- дифференциальная диагностика диффузной и локальной форм жировой дистрофии печени;
- регистрация отсутствия или наличия, степени выраженности и распространенности некротических изменений паренхимы печени при остром гепатите;
- оценка степени выраженности повреждения печеночной ткани при хроническом гепатите и циррозе печени.

Литература:

1. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика / Под ред. Митькова В.В. Ультразвуковая диагностика заболеваний печени. I том. II глава. В.В.Митьков, Ю.А.Брюховецкий. - М.: Издательский дом Видар, 2003. - С.39-132
2. Алдашева Ж.А. Неалкогольная жировая болезнь печени: роль ультразвукового метода исследования в ее диагностике // Вестник КРСУ. 2013. Т. 13. №. 11. С. 28-31.
3. Возианова Ж.И., Голубовская О.А. Возможности современного комплексного ультразвукового исследования печени у больных хроническим вирусным гепатитом С // Журн. Акад. наук Украины.— 2007.— Т. 14, № 4.— С. 72—86.
4. Ramadori G., Saile B. Portal tract fibrogenesis in the liver // Lab. Invest.— 2004.— 84.— P. 153—159.
5. В.В. Митькова, Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. Том 1 //под ред. Митькова В.В. - М.: Видар, 1996 г.

Resume: *the article presents the results of the ultrasound gistographic densitometry of 59 patients with diffuse liver diseases (chronic hepatits, chronic hepatitis with cirrhosis transition, cirrhosis and steatosis) and 30 patients with unchanged liver in comparison with clinical data.*

УДК: 616.36-002.951.212

Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б.,
Ошская межобластная объединенная
клиническая больница, г. Ош, Кыргызстан

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Резюме: *в статье проведен сравнительный анализ результатов лапароскопической (n - 33) и открытой эхинококкэктомии (n-35) у 68 больных. Авторы считают, что лапароскопические технологии имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества ранних и поздних послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре.*

Ключевые слова: *видеолапароскопия, эхинококковая киста печени, остаточная полость, перицистэктомия, пневмоперитонеум, абдоминизация.*

Корутунду: *Бул илимий макалда 68 оорулуунун лапароскопиялык (n-33) жана ачык жолу (n-35) менен болгон эхинококк алуу операциялардын салыштырмалуу анализи корсотулгон. Авторлордун ойлору боюнча, лапароскопиялык технологиялар ачык жолу менен жасалганга караганда, коп артыкчылыгы бар: аз травмалыктыгы, эрте оорулуунун активтендируусу, операциядан кийинки кошумча оорусунун санынын жана стационарда туруусунун азаюсу.*

Актуальность

Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание, которое остается актуальной проблемой медицины и социальной сферы во многих странах мира, в том числе и в Кыргызской Республике, являющейся эндемическим регионом по гидатидозному

эхинококкозу. Многие вопросы оперативного лечения эхинококкоза печени (ЭП) далеки от решения: сохраняется высокий удельный вес осложненных форм заболевания (25,4–84,6%), количество послеоперационных осложнений и рецидивов колеблется от 3 до 54%, летальности 3,1–8,6% [1-4, 6].

Многие десятилетия хирургическое вмешательство являлось единственным и по настоящее время остается основным методом лечения эхинококкоза. Многие авторы считают, что эффективным и радикальным методом лечения ЭП являются открытые, лапаротомные операции (эхинококкэктомия, перицистэктомия, резекции печени) [3, 5, 7].

В последние годы появились работы, посвященные лечению ЭП с помощью эндовидеохирургических технологий [5-8]. Однако данные об эффективности и безопасности применения приведенных высоких технологий нередко противоречивы и основаны на малом количестве наблюдений.

Цель работы: сравнительный анализ и оценка результатов лапароскопической и традиционной эхинококкэктомии.

Материал и методы

Настоящее сообщение основано на анализе результатов оперативного лечения 68 больных с ЭП в период с 2010-2015 года. Для объективизации исследования все больные были разделены на 2 группы. В первую, основную, группу включены 33(48,5) больных в возрасте 18-65 лет, которым была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия. Вторую группу составили 35(51,5) больных в возрасте 16-66 лет, оперированных традиционным способом. В данной группе у 9 пациентов была произведена полузакрытая эхинококкэктомия без удаления фиброзной оболочки и у 26 – эхинококкэктомия с парциальной перицистэктомией.

Всем больным на дооперационном этапе проводили комплексное обследование, включавшее общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, группу крови и резус-фактор, маркеры вирусных гепатитов, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ, ЭхоКГ. Обязательным и доминирующим методом диагностики являлось УЗИ.

У всех 68 больных эхинококковая киста была солитарной и локализовалась в S II-III-IV-V-VI. Размеры эхинококковых кист колебались от 42 до 86 мм.

Операцию выполняли под общим наркозом с интубацией трахеи. Лапароскопические операции произведены с использованием эндоскопической стойки Эфа-Медика (Санкт-Петербург, Россия) с полным набором эндохирургических инструментов. Лапароскопическая эхинококкоккэктомия включала следующие основные этапы: установка троакаров и создание пневмоперитонеума, панорамная лапароскопическая ревизия, изоляция зоны операции марлевыми салфетками, пункция и эвакуация гидатидной жидкости, гермицидная обработка полости фиброзной оболочки, ее вскрытие и эвакуация хитиновой оболочки в эндоконтейнер, ревизия остаточной полости, ее ликвидация.

С гермицидной целью в обеих группах наблюдения применяли 30% раствор хлорида натрия и 96° этиловый спирт с экспозицией 10-15 минут. В основной группе остаточную полость дополнительно обрабатывали аргонно-плазменной коагуляцией.

При лапароскопической эхинококкэктомии устранение остаточной полости выполняли путем абдоминизации у 12 больных и оментопластики 23. Во всех этих случаях в остаточную полость и подпеченочное пространство подводили дренажные трубки.

При открытой эхинококкэктомии остаточная полость ликвидирована путем абдоминизации у 9 больных, капитонажа - 11, оментопластики - 5 и инвагинации краев фиброзной оболочки – у 10 больных.

Всем больным после выписки из стационара для профилактики рецидива назначали противорецидивное лечение: гельмадол или зентел в дозе 10мг/кг веса больного в течение 28 дней.

Результаты и обсуждение

В обеих группах во время оперативного вмешательства осложнений не было. Длительность лапароскопической эхинококкэктомии колебалась от 30 до 90 минут, в среднем 48,5 минут. У 3 больных с эхинококковыми кистами печени и наличием желчнокаменной болезни продолжительность операции составила от 60 до 90 минут. Одной больной вначале выполнена операция - торакотомия, эхинококкэктомия из правого легкого. На 8–е сутки переведена в хирургическое отделение и на следующий день проведена операция лапароскопическая эхинококкэктомия из печени. На 4-е сутки выписана домой.

В первой группе осложнения отмечены у 2 больных, у которых отмечалось желчеистечение. У 1 больного на вторые сутки после операции по дренажной трубке начала выделяться желчь в количестве 60-80 мл в сутки. При контрольном УЗИ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено, дренажная трубка находится в остаточной полости. В динамике у 1 больной наблюдалось уменьшение желчевыделения из остаточной полости, на 6 сутки выписана домой с дренажной трубкой, которая была удалена на 12 сутки после операции после полного прекращения отделяемого из остаточной полости, у второй дренажная трубка удалена на 20-е сутки. У остальных больных особых отделяемых по дренажным трубкам не было и они были удалены на 3-4 сутки после операции.

Во второй группе у 26 больных дренажная трубка находилась от 15 дней до 2 месяцев, при этом неоднократно проходили УЗИ обследования, проводилось промывание антисептическими растворами.

Во второй группе осложнения отмечены у 12 (34,2%; $p < 0,05$) больного. При этом частота желчеистечения (4) и нагноения раны (2) во второй группе была достоверно выше ($p < 0,05$). Также у 5 больных этой группы выявлено нагноение остаточной полости Пневмония диагностирована в 1 наблюдении.

Болевой синдром после лапароскопической операции был минимальным, адекватно купировался обычными анальгетиками и не требовал применения наркотических препаратов. В то же время после лапаротомной операции болевой синдром был основным фактором послеоперационного периода, влияющим на активизацию больных, развитие послеоперационных осложнений и длительность пребывания в стационаре. Эти больные нуждались в ежедневной анальгезии обезболивающими препаратами, а в первые сутки даже – наркотическими средствами.

После лапароскопической эхинококкэктомии пассаж кишечника восстанавливался на следующий день, после традиционной эхинококкэктомии на 2-3 сутки.

Следует отметить более раннюю активизацию больных после лапароскопической операции. Пациенты вставали с постели через 4-6 часов после экстубации. Сроки активизации после открытой эхинококкэктомии на 2-3 сутки. Средняя длительность пребывания больных в стационаре после лапароскопической операции составила 6,6 к/дня, а после открытой эхинококкэктомии – 10,4.

Выводы

Таким образом, сравнительный анализ результатов оперативного лечения эхинококкоза печени позволяет констатировать, что лапароскопические технологии имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре. В то же время считаем, что ошибочно преувеличивать значимость этих методов, как основного пособия, при лечении больных с данной патологией. На современном этапе развития хирургии возникает необходимость в

переосмыслении и унификации тактики при применении традиционных вмешательств, с учетом внедрения в практику новых технологий. Накопленный нами опыт использования лапароскопической эхинококкэктомии позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям, а также при дальнейшем совершенствовании техники операций.

Литература:

1. Федоров В.Д., Помелов В.С., Вишневский В.А. и др. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени // Некоторые вопросы диагностики и лечения эхинококкоза печени: Международный симпозиум “Хирургия эхинококкоза”. Хива, 1994. С. 32–33. Алиханов Р. Б., Емельянов С. И., Хамидов М. А. Лапароскопическая эхинококкэктомия: анализ ближайших и отдаленных результатов анализ ближайших и отдаленных результатов / Анналы хирургической гепатологии. 2007; 12; 4: 7-10.
2. Ким В. Л. Малоинвазивная хирургия в лечении эхинококкоза печени / Анналы хирургической гепатологии. 2005; 2 (10): стр. 114.
3. Мамараджабов С. Э. Миниинвазивные вмешательства в хирургии эхинококкоза печени / Анналы хирургической гепатологии. 2005; 2 (10): стр. 118.
4. Ордабеков С. О., Ордабеков Е.С. Малоинвазивные методы эхинококкэктомии: за и против. / Анналы хирургической гепатологии. 2005; 2 (10): стр. 125.
5. Осумбеков Б. З. Стратегия малоинвазивной видеоконтрольной хирургии полостных и внеполостных гнойно-очаговых образований: Автореф. дис. док-ра мед. наук: Бишкек, 2010; 49 с.
6. Dervenis C., Delis S., Avgerinos C. Changing concepts in the management of liver hydatid disease / J. Gastrointest. Surg. 2005; 9; 6: 869–877.
7. Yagci G., Ustunsoz B., Kaymakcioglu N. et al. Results of surgical, laparoscopic and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients / World. J. Surg. 2005; 29; 12: 1670–1679.

COMPARATIVE ANALYSIS OF RESULTS OF THE LAPAROSCOPIC AND OPEN ECHINOCOCCECTOMY

Osumbekov B.Z., Chokotaev M.A., Osumbekov R.B.
Osh interregional unified clinical hospital,
Osh, Kyrgyzstan.

Summary: *The article provides a comparative analysis of the results of laparoscopic and open echinococcectomy at 68 patients are performed. The authors consider that laparoscopic technology has a big advantage over the traditional operations: minimal invasiveness, early activation of patients, reducing the number of postoperative complications, reduction of hospital stay.*

УДК: 616.61-089.86

Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Токторалиев З.Б., Мурзалиев М.Т.
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, медицинский факультет ОшГУ, г.Ош, КР

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМИИ ПРИ ОБСТРУКЦИИ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНЫХ С УРОЛИТИАЗОМ

Резюме: *В статье представлены результаты применения чрескожной пункционной нефростомии при лечении уролитиаза (мочекаменной болезни). Тщательно собранный анализ историй болезни 70 пациентов,которым проведена чрескожная пункционная нефростомия,*

позволила разработать алгоритмы выбора метода дренирования верхних мочевых путей с последующим проведением органосохраняющей операции.

Ключевые слова: *уролитиаз, чрескожная пункционная нефростома, органосохраняющие операции.*

Резюме: *Бул макалада тери аркылуу пункциялык нефростоманы заара-ташооруларына колдонуунун натыйжасы корсотулду. Кылдаттык менен 70 бейтаптын оору таржымалына жургузулгон анализ (тери аркылуу пункциялык нефростома аркылуу) жогорку заара жолдорун тешу аркылуу тажрыйбасынын негизинде органды сактап калу операциясын жасоого мумкунчулук тузду.*

Негизги сөздөр: *заара-ташоорусу, тери аркылуу пункциялык нефростома, органды сактапкалуучу операция.*

Введение

Уролитиаз или мочекаменная болезнь является одним из наиболее распростроненных заболеваний почек и мочевыводящих путей,а пациенты с этой патологией составляют 30-40% всех больных в урологическом стационаре. А чрескожная пункционная нефростомия, как малоинвазивный метод при обструкции верхних мочевых путей в результате уролитиаза, какпервый этап улучшающее состояние больных и с последующим проведением органосохраняющей операции в современной медицине показывают своих положительных результатов.

Рост заболеваемости, тяжесть осложнений, склонность к рецидивам, преимущественное поражение лиц молодого и наиболее трудоспособного возраста выдвигают вопросы лечения уролитиаза в ряд важнейших проблем оперативной урологии [1,2,4]

Для ликвидации обструктивных осложнений в ходе лечения пациентов, страдающих уролитиазом, в настоящее время используют установку чрескожной пункционной нефростомы под контролем ультразвукового иисследования или используются мочеточниковые стенты и катетеры эндоскопическим методом. [2,3,5,6,7].

Несмотря на то, что несвоевременное дренирование почки при обструкции мочеточника являетсяосновным патогенетическим фактором быстрого развития тяжелых инфекционно-токсических осложнений (острый обструктивный вторичный пиелонефрит,пионефроз,уросепсис,бактериотоксическийшок), выбор метода дренирования, сроки его выполнения и длительность остаются на усмотрении врача [8].

Учитывая отсутствие четких разграничений в стандарте оказания медицинской помощи выполнения наружного и внутреннего дренирования, одной из задач исследования явилась оценка частоты и клинических показаний к проведению малоинвазивных методов дренирования верхних мочевыводящих путей - чрескожной пункционной нефростомии под контролем УЗИ.

Целью нашего исследования является улучшение эффективности оперативного лечения больных с уролитиазом, путем применения чрескожнойпункционнойнефростомии.

Материал и методы.

Были проанализированы 70 больных с МКБ, которые находились на стационарном лечении в урологическом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы. Из них 54 (75%) больных были госпитализированы экстренно, 16 (25%) - в плановом порядке с направлением из районов. Возраст больных составлял от 20 до 61 года. Среди обследованных было 40 больных мужского и 30 женского пола. Всем больным проводились общеклинические, инструментальные и рентгенологические методы обследования (общий анализ крови, мочи, почечные и печеночные тесты, УЗИ почек и мочевыводящих путей, обзорная и экскреторная урографии, а также по показаниям компьютерная томография).

Как видно из таблицы 1, у большинства больных были односторонние и

двухсторонние камни почек, одновременно камни почек и мочеточников. Также были односторонние камни мочеточников у 22 и камни мочеточника единственной почки у 9 больных.

Таблица 1
Характер мочекаменной болезни

Характер болезни	Абсолютное количество	%
Камни обеих почек	16	17,5%
Камни почек и мочеточников	8	21%
Камни обоих мочеточников	1	2,5%
Односторонние камни почек	21	22,4%
Односторонние камни мочеточников	22	23,4%
Камни мочеточников единственной почки	9	21,5% |

Таблица 2
Осложнения мочекаменной болезни

Осложнения	Абсолютное количество	%
Калькулезный пиелонефрит	70	100%
Гидронефротическая трансформация	61	90,3%
Пионефроз	8	21%
Постренальная анурия	9	21,5%
Почечная недостаточность	33	50,7%
Анемия	21	22,4%

Из 70 больных практически у всех обнаружен калькулезный пиелонефрит. У 61 (90,3%) больных мочекаменная болезнь осложнилась гидронефрозом, у 8 (21%)-пионефрозом, у 9 (21,5%) - постренальной анурией, у 33(50,7) - почечной недостаточностью и у 21 (22,4%) - анемией (табл. 2).

В связи с вышеуказанными тяжелыми осложнениями мочекаменной болезни, в течение 1-3 дней 55 (85,6%) больным, от 4-5 дней 15 (14,3%) - произведена чрескожная пункционная нефростомия (ЧПНС) под контролем УЗИ, по методике Сельдингера под местной анестезией с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Показаниями к ЧПНС явились - выраженный болевой синдром, постренальная анурия, азотемия, анемия, тяжелое состояние больных.

Результаты и обсуждение. В 4-х случаях(8,6%) у больных установление ЧПНС осложнилась почечным кровотечением, поэтому им было назначено постельный режим, холод на место пункции, гемостатическая терапия и в результате проведенных мероприятий кровотечение прекратилось. 8(21,5%) больным потребовалось повторное установление пункционной нефростомы вследствие нарушения проходимости дренажной трубки или ее выпадения.

Ежедневно проводилось динамическое наблюдение за больными, со строгим измерением количества выделяемой мочи по нефростомической трубке.

После установления ЧПНС всем больным проводилась антибактериальная,

инфузионная и дезинтоксикационная терапия, болевой синдром у всех больных купировался, диспепсические явления исчезли или уменьшились, разрешилась постренальная анурия, симптомы интоксикации прошли (табл. 3). У большинства больных показатели почечных тестов и лейкоцитов в крови нормализовались, анемия имеет тенденцию к восстановлению.

После проведенных лабораторных исследований, 61 больным проведены обзорные и экскреторные урографии, где у 30(48,6%) пациентов выявлено отсутствие функции пораженной почки, у 18 (20,2%) - снижение функции почки и у 12 (14,3%) - картина уретерогидронефроза. Остальным 9 больным экскреторная урография не проведена, так как у 1 больной имелась аллергическая реакция на контрастное вещество, у 2 - беременность, у 6 - повышенные показатели почечных тестов.

После ЧПНС и проведения медикаментозной терапии у 54 больных состояние улучшилось, впоследствии к ним проведены открытые оперативные вмешательства, в т.ч. нефрэктомия проведена 14 пациентам, пиелолитотомия - 21 и уретеролитотомия - 19. Из них 32 больным проведены органосохраняющие операции, хотя на экскреторных урограммах у12 больных функция почек на 20, 60, 120 минутах и через 24 часа отсутствовала.

У них после установления ЧПНС функция почек восстановилась, поэтому' были проведены органосохраняющие операции.

Из общего числа больных, 44 патентов выписаны с улучшением с наличием нефростомических трубок. Из них 6 пациентов был направлен на ДУВЛ,

22больным после нормализации почечных тестов и красной крови рекомендовано повторная госпитализация на дальнейшее оперативное лечение, а 9 - было рекомендовано наблюдение у уролога и «Д» учет по месту жительства.

Таблица 3Основные клинические признаки больных с МКБ, до и после установления ЧПНС

Субъективные признаки	До установления ЧПНС	После установления ЧПНС		
		исчезли	уменьшились	остались
Болевой синдром	70	70	-	-
Тошнота	53	48	5	-
Рвота	48	48	-	-
Постренальная анурия	9	9	-	-
Повышение Т тела	18	18	-	_
Сухость во рту	50	42	4	4
Слабость	56	36	12	8

Выводы

При поступлении больных с МКБ, с различными тяжелыми осложнениями, проведение экстренной или срочной открытой операции является нецелесообразным. Установление ЧПНС, как I-этап оперативного вмешательства является необходимым мероприятием, для выяснения наличия функции почек, предоперационной подготовки больных, и решения вопроса о дальнейшем проведении того или иного метода хирургического лечения.

Литература:

1. Тиктинский О.Л., Александров В. П. Мочекаменная болезнь, Спб;2000
2. Аляев Ю.Г., Рапопорт Л.М., Руденко В.И., Григорьев НА. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения. Врач сословие 2004;

3. Трапезникова М.Ф. Дутов В. В. Современные аспекты дистатщонной литотрипсии. Урол. и нефрол. 1999;1
4. Лопаткин НА (ред.). Руководство по урологии. М.:Медицина; 2007
5. Дзеранов Н.К., Бешлиев Д. А. Лечение мочекаменной болезни - комплексная медицинская проблема. Consilium Mediicum 2003; Прил.: Урология
6. Капсаргин Ф.П. Клиническое обоснование выбора метода хирургического лечения мочекаменной болезни /Ф.П.Капсаргин/ Дис.докт. мед. Наук. Красноярск, 2010.
7. Чрескожная нефролитотрипсия на спине. Аляев Ю.Г., Григорьев П.А., Винаров А.З. Конференция «Оперативное лечение заболеваний органов мочеполовой системы 26 февраль 2010 год Москва.
8. Yagisawa T. Retroperitonescopic Pyelolithotomy via a posterior appvoach for large impacted renal pelvic stone./Yagisawa T., F. Ito, T. Kondo, Y. Goto,/ J. Endourol. 2001 Jun 15/5/; 525 – 8.
9. Haritopoulos K., Hakim N. Ureteral stents and their current use. Int.Surg. 2006; 91(1): 9-11.
10. Стандарт медицинской помощи больным мочекаменной болезнью: Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №378 от 03.06.05. М.; 200

Application of percutaneous puncture nephrostomy with obstruction of the upper urinary tract as a result of urolithiasis

Osumbekov B.Z., Junusov A.T., Toktoraliev Z. B., MurzalievM.T.

Rezume*: The article presents the results of percutaneous puncture nephrostomy in the treatment of urolithiasis.A careful analysis of the medical records of to 70 patients who underwent percutaneous puncture nephrostomy allowed to develop algorithms for choosing the method of drainage of the upper urinary tract,followed by breast-conserwing surgery.*

Keywords: *urolithiasis, percutaneous punctures nefrostoma, ablative surgery*

УДК: 616.37-002.951.21

Туйбаев З.А., Ошская городская клиническая больница, хирургическое отделение №1, КР, г.Ош

ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ЭФФЕКТА САНАЦИОННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОСЛОЖНЕННЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Резюме: *изучены результаты санационной релапаротомии у больных с осложненным острым панкреатитом.*

Ключевые слова: *Санационная релапаротомия.*

Резюме: *бейтаптардын уйку безинин курч сезгенуусунун кабылдоосунда санациялык релапаротомиянын натыйжасын изилдөө.*

Ачкыч сөздөр: *Санациялык релапаротомия*

Актуальность работы. При оценке эффективности СРЛ, как правило, исходят из сложности и тяжести патологии, а значение уровня квалификации оперирующего хирурга, как субъективный фактор зачастую не учитывается Савельев В.С. с соавт., [4]; Шуркалин Б.К. с соавт., [5]; Holzheimer R.G. et. al., [6]. Нужно признать и то, что до настоящего времени, применяемая хирургами технология СРЛ чрезмерно разнообразная, в большинстве случаев опирающейся на опыт, знание и интуицию оперирующего хирурга. При отсутствии надежных доказательств приемлемости той или иной технологии, хирурги и полагаются на свой опыт и здравый смысл.

Целью исследования были изучение результатов лечения больных с осложненным острым панкреатитом и выработка оптимальных показаний к санационной релапаротомии.

Материал и методы исследования. 7 из 8 больных с осложненным острым панкреатитом (ООП) (87%) подвергнуты санационной релапаротомии (СРЛ) в сроки <72 часов с момента первичной лапаротомии. 62% оперированных больных были мужского пола.

При рондомизации по наличию полиорганной недостаточности (ПОН) нами выделены две клинические группы (А,Б): группа А, в которую вошли больные без ПОН (n-2); группа Б, в которую вошли больные с ПОН (n-6). У 6 из 8 больных (75%) имело место ПОН.

У больных обеих групп имеет место умеренная тахикардия и тахипноэ После СРЛ у больных группы Б частота дыхания соответствовал исходному своему значению ($p<0,05$), а у больных группы А незначительно уменьшалась ($p<0,05$). В недельный срок после СРЛ у больных обеих групп суточный диурез был умеренно повышенной, а удельный вес сниженной ($p<0,05$ и $p<0,05$). До и после СРЛ у больных обеих групп сохраняется гипохромная анемия, а также высокая СОЭ и лейкоцитоз. Явствует и нейтрофильный сдвиг крови, а также высокий лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) (в среднем 4,3±0,2 расч.ед., $p<0,05$) (табл.1).

Клинико-лабораторные параметры (M±m) в группах А и Б до и после СРЛ (6-7-е сутки) Таблица 1.

Параметры	До СРЛ	Группы	
		А	Б
ЧД, в мин.	34±2,3	33±3,2*	34±5,5*
ЧСС, в мин.	120±10,2	100±12,2*	110±10,0*
АД, мм.рт.ст.	85-95/40-50	110-125/60-70	95-100/80-85
Сознание	Заторможен	Заторможенное	Заторможенное
Перистальтика	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Температура тела	Гипертермия	Субфебрильная	Субфебрильная
Сут.диурез, мл/ч.	1600±100,0	1520±110,3	1520±120,0
Уд.вес мочи	1015±100,5	1015±100,6	1025±100,2
Эр. $x10^{12}$/л	3,3±0,3	3,7±0,3*	3,9±0,4*
Hb,г/л	53,2±6,3	54,2±8,4*	48,4±8,3*
ЦП,ед.	0,6±0,02	0,6±0,01*	0,7±0,02*
СОЭ,мм/ч.	48,2±6,2	44,4±2,5*	46,1±3,2*
Лейк. $x10^{9}$/л	17,2±1,2	12,2±1,3*	16,1±2,3*
Пал.,%	10,7±1,1	10,3±1,4*	11,3±2,8*
Сегм.,%	70,6±4,3	71,2±6,3*	66,4±4,1*
Лимф.,%	12,2±2,2	14,2±2,5*	15,3±2,4*
Мон.,%	3,2±0,2	4,3±1,3*	4,1±1,0*
Эозин.,%	1,2±0,9	2,1±0,5	2,2±0,3
ЛИИ, расч.ед.	6,5±0,3	4,2±0,1*	4,5±0,3**

Примечание: * - достоверно в сравнении с исходным; ** - достоверно в сравнении подгрупп А и Б.

После СРЛ содержание билирубина в крови, его фракций оставался повышенным ($p<0,05$). У больных обеих групп активность АСТ умеренно снижается, а активность АЛТ находится на уровне исходных цифр (табл.2).

Таблица 2

Биохимические параметры (M±m) в группах А и Б
до и после СРЛ (6-7-е сутки)

Показатели	До СРЛ	Группы	
		А	Б
Бил.(общ.), мкмоль/л	36,2±3,1	34,3±10,3*	35,1±2,4*
Бил.(пр.), мкмоль/л	12,2±2,2	10,4±1,2*	12,5±1,0*
Бил.(непр.), мкмоль/л	24,3±2,5	24,2±6,7*	22,2±3,1*
АСТ, ммоль/л	0,8±0,01	0,5±0,01*	0,5±0,01*
АЛТ, ммоль/л	2,3±0,2	2,1±0,2	2,3±0,2
Белок (общ.),г/л	48,4±2,1	49,6±6,0*	45,1±4,2*,**
Альбум.,%	28,6±9,3	28,2±11,1*	28,3±7,1*
γ-глобулин,%	6,7±1,0	6,2±1,8	6,6±1,1
Тимоловая проба,ед.	9,4±1,2	8,3±1,1*	9,1±1,0*
Сулемовая проба,ед.	2,7±0,2	2,7±0,3*	3,1±0,2*
Амилаза,г/час.л.	93,2±9,2	88,6±4,3*	108,2±11,2*,**
Ост.N., ммоль/л	36,4±4,2	32,2±3,2	36,2±3,2**
Мочевина, ммоль/л	10,1±2,7	11,6±1,2*	12,5±2,5*
Креатинин, ммоль/л	185,1±12,6	180,0±10,2*	196,2±18,3*
Na, ммоль/л	141,2±1,2	145,1±1,5*	142,2±1,1*
K, ммоль/л	3,9±0,1	3,3±0,2	3,3±0,1

Примечание: * - достоверно в сравнении с исходной; ** - достоверно в сравнении подгрупп А и Б.

Общий белок незначительно снижается у больных группы Б. После СРЛ показатель тимоловой пробы снижается, а сулемовой возрастает лишь у больных группы Б ($p<0,05$). В этой группе больных возрастает и содержание амилазы ($p<0,05$).

После СРЛ остаточный азот, мочевина и креатинин крови имеют тенденцию к уменьшению лишь у больных группы А ($p<0,05$). У больных обеих групп после СРЛ сохраняется гипернатриемия и склонность к гипокалиемии ($p<0,05$ и $p<0,05$).

Результаты и обсуждение. Таким образом, у больных шансы на неблагополучный исход в 2,6 раза превышает таковую благоприятного исхода. Практически, исход не зависит от профессиональной квалификации хирурга (ПКХ), а целиком зависит от степени выраженности ПОН.

После СРЛ погиб 1 больной группы Б, что составляет 16,7%. В группе А также погиб 1 больной, что составляет 50%. Таким образом, летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с ПОН. Летальность в подгруппе Б превышает летальность в аналогичной подгруппе больных на 33,3%.

В данном разделе изложены результаты систематического анализа акцентируемых технологий доступа, ревизии, оперативного приема, санации и дренирования брюшной полости при СРЛ у больных послеоперационный перитонит (ПП) причиной которого была ООП. Анализ включал и результаты целевого интервьюрования хирургов, привлеченных к СРЛ.

Как утверждают хирурги с опытом релапротомий (РЛ), здравый смысл диктует, что при при вынужденной СРЛ у больных после операции на поджелудочной железе, предпринятой по поводу ООП, прямой доступ к патологическому очагу предпочтителен.

Чаще всего показанием к СРЛ явились абсцесс сальниковой сумки (3 случая), гнойное расплавление забрюшинной клетчатки (3 случая), аррозионное кровотечение (2 случая). Во всех этих случаях предпринято вмешательство через окно в брюшной стенки, то есть через оментобуростомию.

При продолжающейся деструкции головки поджелудочной железы (3 случая) в 3-х случаях производилась ревизия ретроперитонеальных образований. При этом использован прием прием Кохера — мобилизация двенадцатиперстной кишки (ДПК) вместе с головкой поджелудочной железы путем рассечения тонкого заднего листка париетальной брюшины (несколько латеральнее ДПК) и постепенного отведения указанного блока в медиальном направлении (рис.1).

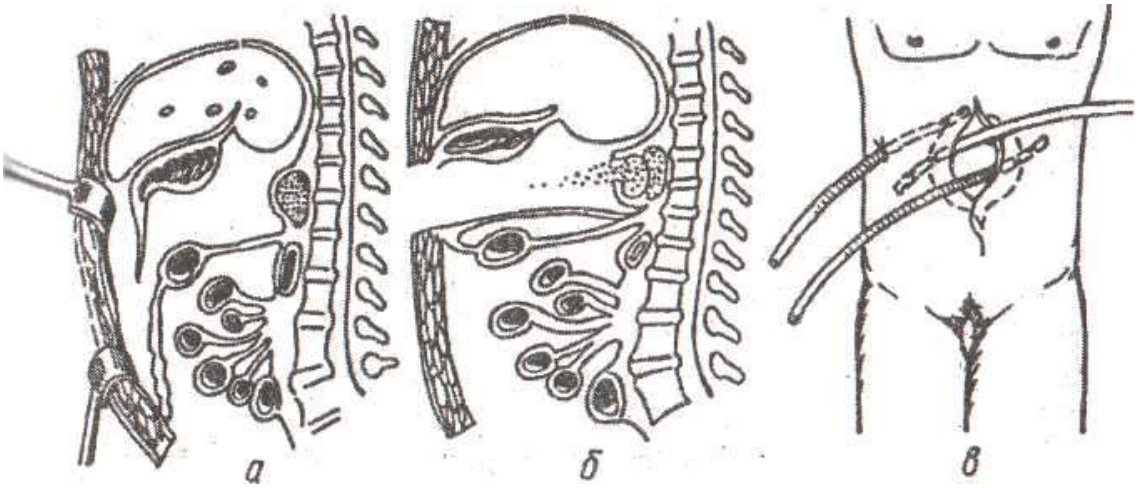


Рис.1. Ревизия (а), санация (б) и дренирование (в) сальниковой полости

Рассекают брюшину и постепенно мобилизуют подлежащие органы в медиальном направлении, включая левую половину толстой кишки, селезенку и хвост поджелудочной железы. Как рекомендуют хирурги, имеющие большой опыт СРЛ, у больных с панкреонекрозом, необходимо ликвидировать застой желчи, как важный патогенетический механизм развития деструктивного процесса в поджелудочной железе (рис.2.). Рекомендуется удалить желчный пузырь и дренировать холедох через пузырный проток.

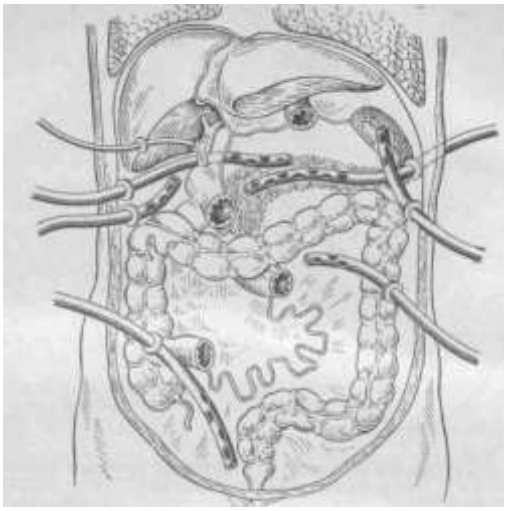


Рис.2. Дренирование брюшной полости и холедоха при панкреатогенном перитоните

Хирурги, имеющие опыт ургентной хирургии поджелудочной железы рекомендуют при ООП уже при первичной лапаротомии произвести париетальную деперитонизацию и абдоминизацию поджелудочной железы с последующей регулярной, активной хирургической санацией через оментобурзостомы.

Такая технология является основным саногенным фактором, способствующим самоограничению, а затем и ликвидации гнойно-некротического процесса. В целом, указанная технология дренирования и санации может быть принята на вооружение как метод выбора и как базовый метод при СРЛ.

Таким образом, в заключении можно констатировать, что процесс нормализации послеоперационного общего состояния больных напрямую зависит от наличия у них ПОН. Более быстрое восстановление происходит у больных, не имеющих ПОН. Послеоперационная летальность у оперированных больных наблюдалась лишь у тех, кто имел ПОН. Летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с ПОН. Летальность в подгруппе Б превышает летальность в аналогичной подгруппе больных на 33,3%;

Значение ПКХ для благоприятного исхода патологии не высокое. Между тем, для неблагоприятного исхода значение ПОН имеет большое значение. Нужно отметить, что все осложнения в послеоперационном периоде носили поздний характер.

У больных шансы на неблагополучный исход в 2,6 раза превышает таковую благоприятного исхода. Практически, исход не зависит от ПКХ, а целиком зависит от степени выраженности ПОН.

Литература:

1. БОЯРИНЦЕВ Н.И., НИКОЛАЕВ Е.В., ТАШКИНОВ Н.В. и др. Повторные операции в экстренной и плановой абдоминальной хирургии // Дальневосточный медицинский журнал. – 2005. - №1. – С.18-21..
2. ГЛАБАЙ В.П., ШАРОВ А.И., АБРАМОВ А.А. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости // Медицинский академический журнал. - 2003. – Том 3, №2. – С.28-29.
3. ИМАНОВ Б.М. Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите // Автореф. дис. … канд. мед. наук. 14.00.27. – Бишкек, 1999. – 20 с.
4. САВЕЛЬЕВ В.С., ГЕЛЬФАНД Б.Р., ФИЛИМОНОВ М.И. Перитонит. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.
5. ШУРКАЛИН Б.К., ФАЛЛЕР А.П., ГОРСКИЙ В.А. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита // Хирургия. – 2007. - №2. – С.24-28.
6. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.

OBJECTIFICATION EFFECT SANATION RELAPAROTOMII IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS COMPLICATED

Candidate of Medical Sciences, associate professor Z. A. Tuybaev.
Osh city Hospital

***Summary**: The results of sanation relaparotomii in patients with complicated acute pancreatitis.*
***Tags:** Remedial relaparotomii.*

УДК. 617.547-089

**Уматалиев Р.А., Машрапов Ш.Ж.,
Каримов У.А., Чожонов А.А.,
Ошская межобластная объединенная
клиническая больница**

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОРИСТОГО НИКЕЛИДА ТИТАНА ДЛЯ СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Резюме: *В научном труде авторов приведены данные по изучению применения пористого никелида титана при переднем стабилизирующем спондилодезе при дегенеративных заболеваниях шейного отдела позвоночника у 27 пациентов в отделении нейрохирургии ОМОКБ. По результатам послеоперационного обследования пациентов выявлены некоторые особенности применения никелида титана, внеся в которые определенные изменения, удалось улучшить результаты лечения.*

Ключевая слова: *Спондилодез, никелиде титан.*

Корутунду: *Бул авторлордун илимий эмгегинде ООБКОнын нейрохирургия бөлүмүндө,моюн омуртка тутумунун дегенеративдик оорусу менен 27 оорулууга, титан никелидин колдонуу менен алдынкы корпородез ыкмасы жасалган.*

Операциядан кийин бейтаптарды изилдеп көргөндө, титан никелидин колдонудагы айрым өзгөчөлүктөр табылды жана аларга өзгөртүү киргизилип, дарылоонун натыйжалары жакшырды.

Негизги сөздөр: *Спондилодез, никелиде титан.*

Хирургическое лечение дегенеративных заболеваниях шейного отдела позвоночника возникло вначале XX века, и с тех пор передний стабилизируюший спондилодез стало одной из частых операций во многих клиниках мира.

Благодаря появлению новых технологий межтелового спондилодеза операция шейного межтелового спондилодеза получила широкое распространение. Применение межтеловых эндофиксаторов намного упростило выполнение спондилодеза, повысило его эффективность и позволило отказаться от применения корсетов, значительно сократить продолжительность пребывания в стационаре, увеличить оборот коек и уменьшить инвалидизацию больных [2].

Передний межтеловой расклинивающий спондилодез с использованием ауто - и аллотрансплантатов решает многие патогенетические ситуации. Однако он не обеспечивает первичную стабильность оперированных сегментов, что требует длительной послеоперационной иммобилизации. У 3–12,4% больных образуется ложный сустав в результате сминания перестраивающегося трансплантата вплоть до возникновения фораминального стеноза [5, 3].

Для обеспечения надежной фиксации оперированного сегмента, создания оптимальных условий для образования костного блока, предотвращения оседания трансплантата и ранней реабилитации больных костнопластические операции дополняются металлофиксацией. Используются различные виды конструкций в виде кейджей и межтеловых эндофиксаторов, пластин, стержневых аппаратов и транспедикулярных систем [1, 8, 6].

Несмотря на достоинства титановых и керамических межтеловых эндофиксаторов, они, будучи изготовленными, из искусственных материалов, не обладают механическими свойствами биологических тканей. Различие модулей упругости кости и металлических

имплантатов приводит к резорбции кости вокруг последних. Возобновление болевого синдрома при этих операциях достигает 42%.

Представляется перспективным применение имплантатов из материалов, обладающих механическими и деформационными характеристиками, близкими костной ткани [8, 7].

Таким материалом является пористый никелид титана, который обладает высокой биосовместимостью, антикоррозийной стойкостью и сверхэластичностью.

И поэтому целью нашего исследования явилось – улучшение результатов хирургического лечения дегенеративных заболеваний шейного отдела позвоночника с применением имплантатов из пористого никелида титана и выявление его особенностей.

Материалы и методы исследования

Авторами проведено хирургическое лечение 27 пациентам с дегенеративными заболеваниями шейного отдела позвоночника, на базе отделения нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы с 2011 по 2014 годы.

Основной группе пациентов проводился передний стабилизирующий корпородез имплантом из пористого никелида титана – 27 больных, а в контрольной группе применялся передний стабилизирующий корпородез с аутотрансплантатом из крыла подвздошной кости – 11 пациентов, по методу Чаклина, Осны и Цивьяна.

При проведении операции в основной группе, подборка размера импланта осуществляется интраоперационно, путем измерения междискового промежутка. По рекомендации авторов из Новокузнецкого ГИДУВа скусывание имплантов осуществлялось костными кусачками [4].

Но при рассечении имплантов костными кусачками, выявлено, что это занимает долгое время и приводит к крошению частиц никелида титана и уменьшению его размера.

Резка же импланта электропилой привело к сглаживанию сочленяемых поверхностей, что в дальнейшем ведет к возможности миграции импланта. Также моментально притупляется нож электропилы, что весьма нерентабельно с экономической точки зрения для сферы медицины. И к тому же это занимает много времени.

В последующем у 16 больных из 27-и, применяя свой предлагаемый способ рассечения имплантов из никелида титана, без потери его структурной части, мы добились уменьшения времени затрачиваемого на резку импланта.

Суть метода заключается в том, что стерильный имплант из пористого никелида титана удерживается ассистентом за один конец. Хирург же шейным долотом и молотком в круговую и последовательно делает отметки на импланте. Затем постепенно погружаясь в глубину импланта, по намеченным насечкам производится его рассечение. При этом полностью сохраняется шероховатость сочленяемых поверхностей импланта и не происходит его крошкование (получено удостоверение на рационализаторское предложение КГМА № 11/2011 от 10.02.11).

Значительно сокращается время необходимое для подборки размера и рассечения пористого никелида титана.

Также одним из критериев эффективности хирургического лечения в сравниваемых группах является отслеживание сроков формирования костного блока по результатам спондилограмм.

Результаты исследования и их обсуждения

Сроки формирования костного блока в контрольной группе составляли в среднем 8-9 месяцев и не всегда сопровождались хорошими клиническими результатами. До сих пор признано, что применение различных алломатериалов для фиксации и стабилизации позвонков при дегенеративных поражениях и травмах, дают не всегда однозначно хорошие результаты. Хотя это положение не применимо по отношению к пористому никелиду титана. Но в некоторых случаях наблюдая за остеокондуктивным свойством

этого импланта, мы выявили существенный момент, который влияет на благоприятный исход оперативного вмешательства.

При проведении контрольных спондилограмм и КТ- исследований определено, что степень остеоинтеграции пористого никелида титана представлена немного замедленными темпами, граница формирования NiTi-костного блока неоднородна по всем сочленяющимся поверхностям импланта и тел позвонков. Хотя нет никаких признаков миграции импланта, проседания его и уменьшения позвоночно-дискового коэфициента, и сроки остеокондукции значительно меньше, чем при стабилизации аутокостью.

Перед установкой импланта из пористого никелида титана, мы интраоперационно послойно ступенчато рассекали имплант и сверлили одну дырку.

Тем самым, мы увеличили участки импланта, где процесс остеоинтеграции начинается быстрее.

Следующим этапом после расклинивания смежных позвонков, проводим установку импланта. Осуществив данную процедуру, и после проведения контрольных спондилограмм в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде мы констатировали хороший процесс остеоинтеграции пористого никелида титана.

При хирургическом лечении шейного отдела позвоночника применяя импланты из пористого никелида титана, осуществляя рентгенконтроль за основной и контрольной группами, удалось определить, что формирование костного блока в контрольной группе пациентов происходит значительно дольше. В основной группе больных время остеоиндукции пористого никелида титана составило 4-5 месяцев.

Но чтобы еще ускорить процесс остеоинтеграции импланта, мы решили просверлить в нем отверстия, заполнить костной стружкой, и затем только установить его в сочленяемый сегменты. И как мы предполагали, это ускорило сроки остеоиндукции, что привело к быстрому регрессу неврологических расстройств.

А достижение сокращения времени оперативного лечения, путем послойного ступенчатого рассечения импланта, и профилактики возможной миграции импланта, что обеспечивается шероховатой поверхностью пористого никелида титана, является несомненно, улучшением результатов лечения.

Выводы

1. Метод ступенчатого послойного рассечения импланта из пористого никелида титана шейным долотом значительно сокращает время операции, экономно расходуется имплант и увеличивается стабильность фиксации за счет сохранения шероховатости пористого никелида титана.
2. Разработанный метод ускорения остеоинтегративных свойств импланта из пористого никелида титана, несомненно улучшит ближайшие и отдаленные клинико-функциональные результаты оперативного лечения и уменьшит сроки нетрудоспособности пациентов.
3. Исключается физическая и моральная травма пациенту, являющаяся следствием забора аутотрансплантата (дополнительный рубец, дефект крыла подвздошной кости, болевой синдром в месте забора аутокости).
4. Внедрение в клиническую практику данного метода позволило повысить эффективность лечения и добиться получения хороших отдаленных результатов, увеличив их с 58,5% до 82,2%, сократив при этом с 17,1% до 2,2% количество неудовлетворительных результатов, в сравнении с традиционными методиками операции.

Литература:

1. Грунтовский Г.Х. Обоснование и клиническое применение керамических имплантатов при хирургическом лечении некоторых заболеваний и повреждений

опорно–двигательного аппарата: Автореф. дис. … д-ра мед. наук / Г.Х. Грунтовский. – Харьков, 1988. – 31 с.
2. Радченко В.А. Оптимизация хирургической тактики и техники при дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Радченко. – Харьков, 1996. – 43 с.
3. Раткин И.К. Применение армированных имплантатов из пористого никелида титана для формирования переднего опорного спондилодеза у больных, перенесших позвоночно-спинномозговую травму / И.К. Раткин, А.А. Луцик, Ю.И. Дорофеев, Г.Ю. Бондаренко // Хирургия позвоночника. – 2004. – № 3. – С. 26–32.
4. Раткин И.К., Копысова В.А., Козлов Г.Н., Толокевич В.А. Пористые армированные экспланты при опорных спондилодезах: методические рекомендации.- Новокузнецк: Изд-во ВНПЦ ИПФ, 2000. – 10 с.
5. Фомичев Н.Г. Применение имплантатов из пористого никелида титана для заднего межтелового спондилодеза при дегенеративных поражениях позвоночника / Н.Г. Фомичев, А.Е. Симонович, В.Э. Гюнтер, А.А. Байкалов, М. Леру, М. Ассад, П. Джарзем // III съезд нейрохирургов России: Тез докл. – СПб., 2002. – С. 289–290.
6. Howard S. An. Techniques of spine surgery / S. An. Howard // Williams and Wilkins. Section IV. – 1998. – P. 401–474.
7. Schnitzlein H.M., Myrtagh F.R. Imaging anatomy of the lumbosacral spine with Magnetic Resonance // Baltimor; Munich., 1986. – 27 p.
8. Godde S. Influence of cage geometry on sagittal alignment in instrumented posterior lumbar interbody fusion / S. Godde, E. Fritsch, M. Dienst, et al. // Spine. – 2003. – Vol. 28. – P. 1693–1699.

FEATURES OF APPLICATION OF POROUS NIKELID OF THE TITAN FOR THE STABILIZING OPERATIONS AT DEGENERATE DISEASES OF CERVICAL DEPARTMENT OF THE VERTEBRA

Umataliev P.A., MashrapovSh.J.,Karimov U.A., Chojonov A.A.
Osh Unified Interregional Hospital

Summary: *In scientific work of authors the applications of a porous nikelid of the titan given on studying at the forward stabilizing spondilodezis at degenerate diseases of cervical department of a backbone at 27 patients are given in office of neurosurgery of OUIH. By results of postoperative inspection of patients some features of application of a nikelid of the titan are revealed, having brought in which certain changes, it was succeeded to improve results of treatment.*

Key words: *Spondilodezis, nikelid of the titan.*

УДК:616.25-002.3

Хасанов Р.А., Маткасымов М.М., Токтахунов У.Т., Хажжаж М.А. Ошская межобластная объединенная клиническая больница, отделение торакальной хирургии

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Резюме: *В работе изучено этиопатогенез, клиника эмпиемы плевры у 52 больных, пролеченных в отделении торакальной хирургии за последние 5 лет. Авторы считают, что применение современных методов лучевой диагностики, видеоторакоскопии, а так же адекватное сочетание комплексной этиопатогенетической терапии, раннего дренирования*

плевральной полости и радикального оперативного вмешательства занимает важное место в лечении эмпиемы плевры.

Ключевые слова: *эмпиема плевры, диагностика, комплексное лечение.*

Корутунду: *Бул иште акыркы 5 жыл аралыгында өпкө челинин сезгенип иринdеши боюнча көкүрөк көңдөй бөлүмүндө даарыланышкан 52 бейтаптын оорусунун өрчүшүнүн сесбеби жана оорунун белгилери изилденген. Авторлордун айтуусу боюнча өпкө челинин ириңдешин дарылоодо колдонуучу заманбап жогорку маалымат берүүчү ыкмалар менен нур аркылуу дарт аныктоо, видеоторакоскопия, ошондой эле оорунун келип чыгыш себебин бириккен комплекстивдүү дарылоо, көөдөн ченин убагында дренаждоо жана радикалдуу операциялары маанилү орунду ээлейт.*

Манилүү сөздөр: *өпкө челинин сезгенип ириңдеши, дарттапма, комплекстик даарылоо.*

Актуальность

Эмпиема плевры остается актуальной проблемой в торакальной хирургии, так как в последние годы отмечается рост числа больных с гнойными деструктивными процессами в легких, течение которых нередко осложняется эмпиемой плевры. Под термином «эмпиема плевры» или «пиоторакс», принято считать ограниченное или распространенное воспаление висцеральной и париетальной плевры, протекающее с накоплением гноя в плевральной полости и сопровождающееся признаками гнойной интоксикации [1]. По данным ряда авторов почти у 90 % больных эмпиема плевры возникает в связи с воспалительными процессами в легких (на фоне острой пневмонии 4%, абсцесса легкого — 9-11%, при гангрене легкого — 80-95%) [2, 3,6]. Как следствие ранений и травм органов грудной клетки — 6-12%, основной причиной при этом является неликвидированный посттравматический плеврит и гемоторакс [1,4]. Послеоперационные эмпиемы плевры составляют в структуре причины от 2 до 28%, наиболее часто возникают после пневмонэктомии. Грамотрицательная флора встречается в 20-30% случаев. Грамположительная флора высеивается в 30-40%, преимущественно *S.aureus, S.pneumoniae, S.pyogenes*. В 20-30% флора является смешанной, в ассоциации с неклостридиальными анаэробами. Спектр возбудителей после хирургического вмешательства представлен преимущественно аэробными грамотрицательными бактериями или *S.aureus*. В 5-20% случаев экссудат оказывается стерильным [4,5,6].

Целю настоящей работы является определить основные причины возникновения эмпиемы плевры, систематизация клинических симптомов, изучение тактических и технических решений направленных на улучшение результатов комплексного лечения эмпиемы плевры с использованием современных технологий.

Материал и методы.

В период с 2010-2014 годы в отделении торакальной хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы находились на стационарном лечении 52 больных с эмпиемой плевры. Среди них мужчин было 41 (78,8%), женщин 11 (21,2%). Возраст больных колебался от 17 до 82лет(таб.1). Из числа поступивших сельскими жителями были 42 (78,8%) больных, и жителей городов были 10 (21,2%). Из 52 пролеченных больных у 31 (59,6%) было хроническая форма, а 21 (40,4%) острая форма эмпиемы плевры. Тотальное поражение плевры отмечалось у 39 (70%) больных, а у 13 (30%) была ограниченная (осумкованная) форма болезни. Правосторонней эмпиемой страдали 33 (63,3%) больные, левосторонней 19 (36,5%).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу (n- 52)

Пол	Всего больных		из них в возрасте (в годах)					
	абс. ч.	%	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старше 60 лет
Муж.	41	78,8	4	8	4	9	8	8
Жен.	11	21,2	-	4	1	3	2	1
Итого	52	100,0	4	12	5	12	10	9
%		100,0	7,7	23,1	9,6	23,1	19,2	17,3

С целью диагностики применены традиционная R-графия, рентген- компьютерная томография (РКТ), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов грудной клетки, торакоскопия плевральной полости. Проведено бактериологическое, цитологическое исследование содержимое и гистология биопсийного материала из плевры.

Результаты и обсуждение.

При анализе пролеченных случаев в динамике отмечается рост числа больных с эмпиемой плевры (рис.1.). С 8 случаев в 2010 г. до 17 в 2014г. Последние годы часто поступают больные в тяжелом состоянии с распространённой формой болезни, особенно после прорыва нагноившей эхинококковой кисты и гнойно-деструктивных процессов легкого в плевральную полость.

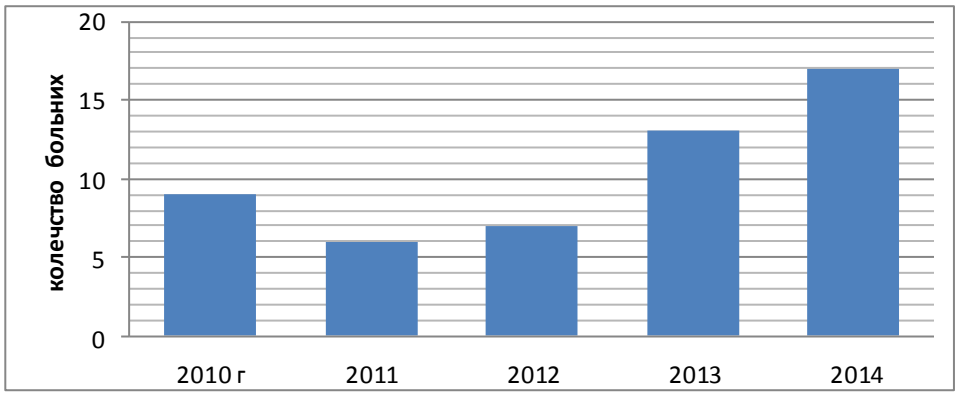


Рис. 1. Динамика роста эмпиемы плевры по годам.

Среди наших больных в зависимости от локализации жидкостных образований в плевральной полости мы наблюдали следующие виды эмпиемы плевры(рис.2).

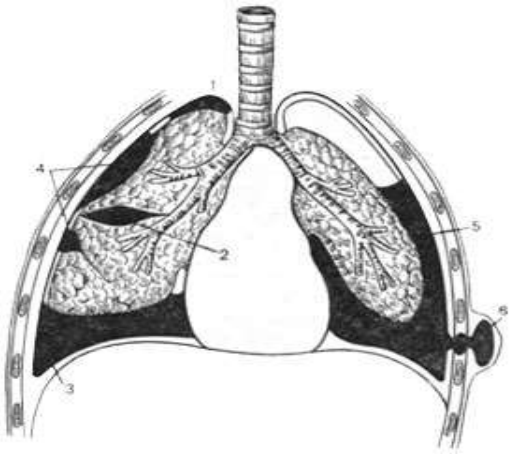


Рис.2. Виды эмпием плевры (схема). 1 – верхушечная; 2 – междолевая; 3 – базальная; 4 – пристеночная; 5 – пиопневмоторакс; 6 – прорыв гноя под кожу

При изучении причины возникновения эмпиемы, по результатам нашего исследования(таб.2.) у 28 больных, то есть 53.8% случаях эмпиема

Таблица 2

Причины проводящие к эмпиеме плевры

№	Причины	Количество	
		абс. ч	%
1	После пневмонии и плеврита	28	53,8%
2	Осложнение гнойно- некротических процессов в легких (абсцесс,поликистоз)	11	21,2%
3	Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость	6	11,5%
4	После хирургического вмешательства на органах грудной и брюшной полостей	3	5,9%
5	Сахарный диабет	2	3,8%
6	После травмы (гемоторакс)	1	1,9%
7	С-г печени с метастазом легкого	1	1,9%
	Всего	52	100%

плевры развилась при пневмонии и плевритах различного происхождения в результате проникновения инфекции в плевральную полость лимфогенным или гематогенным путями. Из них в 15 случаях нагноение плеврального выпота сопровождались появлением очагов распада в легочной паренхиме с образованием бронхоплеврального свища. При прорыве в плевральную полость периферически расположенных абсцессов, гнойных непаразитарных кист у 11(21,2%) больных и нагноившейся эхинококковой кисты в 6(11,5%) случаях развился пиопневмоторакс распространенного и осумкованного характера с формированием бронхоплеврального свища(рис.3). После оперативного вмешательства на органах грудной клетки и брюшной полости в 3(5,9%) случаях впоследствии инфицирования плевральной полости организовалась эмпиема плевры (рис.4).

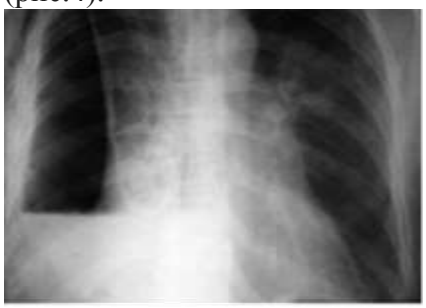


Рис.3. Р-грамма грудной клетки. Пиопневмоторакс.

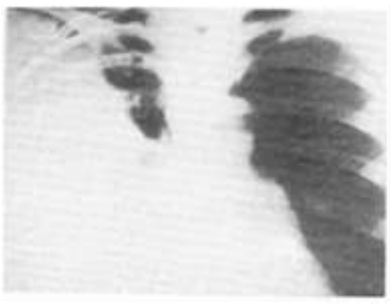


Рис.4.Р-граммагрудной клетки. Дугообразная (косая) верхняя граница экссудата

У 2(3,8%) больных сахарным диабетом на фоне диабетической нефропатии, гидроторакс осложнился эмпиемой плевры. В 2(3,8%) случаях в результате нагноения гемоторакса у больного с распадом очага метастаза в легком и травмой грудной клетки наступила эмпиема плевры.

В диагностике и определении показании к подбору антибиотиков важное место занимало результаты бактериологического исследования содержимое плевральной полости. Как указано на таблице №3 более 50% случаях при бактериологическом исследовании из содержимого плевральной полости высеяно streptococci 14(26,9%) и

staphylococci 8(15,4%) случаях pneumococci , candida alvicans выделена из пунктата у 5(9,6%) больных, а hemofilus influenza обнаружена в 2(3,8%) случаях.

Таблица 3

Высеянные флоры при бак.посеве содержимого плевральной полости

	Название	**Количество**	
		абс.ч.	**%**
1	streptococci	14	26,9%
2	staphylococci	13	25%
3	klebsiella pneumonia	10	19,3%
4	pneumococci	8	15,4 %
5	candida alvicans	5	9,6%
6	hemofilus influenza	2	3,8%
	итого	52	100%

Изменения в общеклинических показателях крови и мочи при эмпиеме плевры были такие же, как и при других тяжелых гнойных процессах. В общем анализе крови отмечали высокий лейкоцитоз (выше 10×10^9/л), резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. Нередко наблюдали анемию. Содержание белка в плазме уменьшалось, главным образом за счет альбумина. В моче обнаруживали альбуминурию, наличие зернистых и гиалиновых цилиндров

Всем больным в процессе диагностики и лечении неоднократно произведено рентгенография органов грудной клетки в 2 проекциях. Посредством этого метода получили представление о локализации, распространенности и количественной характеристике процесса в полости плевры. В зависимости от характера и объема содержимое, а также наличие воздуха в плевральной полости на рентгенограммах определяли специфичный рентгенсемиотику для каждой формы эмпиемы. При сложных ситуациях у 20 больных заключительный диагноз установлен после РКТ органов грудной клетки.

Важное место в диагностике занимает метод ультразвукового исследования плевральной полости. С помощью УЗИ у 13 больных, при ограниченных жидкостных образованиях, удалось определять локализации и дренировать осумкованных плевральных полостей. Из них в 3 случаях установлено наличие эхинококковой кисты в нижних отделах легких с прорывам в плевральную полость.

Последнее время начали внедрять метод видеоторакоскопию. С использованием видеоторакоскопа в 7 случаях проводили визуальный осмотр полости плевры, поверхность легкого, определяли характер жидкости и брали биопсию для гистологического исследования

Учитывая данные видеоторакоскопии, изучив результаты цитологического и гистологического исследования содержимое плевральной полости в формировании эмпиемы плевры мы наблюдали 3 стадии, которые переходят одна в другую.

I.Стадия серозная — на фоне воспаления листков плевры в ее полости появляется экссудат серозного характера. Межплевральная жидкость прозрачная, содержит небольшое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов.

II.Стадия гнойно-фибринозная — происходит проникновение микроорганизмов прямым контактным, лимфогенным или гематогенным путем в плевральный экссудат и его инфицирование. Экссудат мутнеет и быстро приобретает гнойный характер. На поверхности париетальной и висцеральной плевры образуются фибринозные пленки.

III.Стадия фиброзной организации — формируются плотные шварты, покрывающие легкое, в результате чего последнее коллабируется и перестает функционировать, подвергаясь фибринозным изменениям.

В зависимости от начала болезни и продолжительности воспалительного процесса больных разделили на 2 группы. В первую группу с острой эмпиемой плевры вошли 21 больные, у которых с начала болезни прошло 8-12 недели. Во вторую группу с хроническим течением болезни включены 31 больные, когда с начало заболевания у них протекало более 12 недели. К хронизацию острого процесса обусловливали разнообразные факторы. В ряде случаев «виноваты» были сами больные, которые несвоевременно обратились к врачу. Обычно это социально неблагополучные больные - алкоголики, наркоманы и др. Чаще к хронической эмпиеме приводило неэффективное лечение острых легочных нагноений, осложнившихся пиопневмотораксом. В результате неадекватного дренирования плевральной полости, в территориальных больницах, у 5 больных острый воспалительный процесс перешел в хронический.

В нашем наблюдении клинические проявления эмпиемы плевры было многообразны. Однако все формы эмпиемы плевры независимо от причины возникновения в большинство случаях имели общие симптомы: кашель с выделением обильной гнойной мокроты с неприятным запахом одышка, боли в груди, усиливающиеся при дыхании, повышение температуры тела, а также признаки интоксикации организма.

При исследовании грудной клетки отмечали отставание пораженной половины при дыхании. Межреберные промежутки были расширены и сглажены вследствие давления экссудата. Наиболее часто при скоплении большого количества гноя в плевральной полости у больных наблюдалось смещение органов средостения в здоровую сторону и сдавлению здорового легкого. У больных пиопневмотораксом выявляли тупой перкуторный звук под участком с верхней горизонтальной границей, соответствующей скоплению гноя, и тимпанический звук над участком скопления воздуха. Аускультативно определяли ослабление или почти полное отсутствие дыхательных шумов и усиленную бронхофонию в зоне скопления экссудата.

У подавляющего большинства больных лечение начали с плевральной пункции. При получении гноя мы всегда дренировали плевральную полость. У больных с распространенным плевритом дренаж устанавливали в восьмом межреберье по задней подмышечной линии или ниже угла лопатки по лопаточной линии. При ограниченных плевритах - в местах пункций, из которых получен гной, в основном под контролем УЗИ.

Из 52 больных в 36 случаях эмпиема плевры разрешился в результате дренирования и адекватного промывания антисептиками. Дренирование было активным (при использовании устройств для создания отрицательного давления 10-30 см вод. ст.) или пассивным (например, по Бюллау). Кроме дренирования плевральной полости, проводили антибиотикотерапию, которая особенно эффективна было, если известно возбудитель и его чувствительность к антибиотикам.

Длительный гнойно-воспалительный процесс, наличие бронхо-плеврального свища часто привадило к грубым изменениям со стороны париетальной и висцеральной плевры, формированию осумкованных полостей, что нередко требовало применение хирургического вмешательства.Торакопластику применяем очень редко, так как она почти изжила себя из-за нефизиологичности и недостаточной эффективности. Мы часто стали проводить радикальные операции-декортикация легкого с плевроэктомией (операция Делорма). В 16 случаях произведено данная операция с удовлетворительным результатом. Из них у 6 больных одновременно удалено хитиновая оболочка, которая свободно находилась в плевральной полости. Освобожденное от сращений легкое расправляли во время операции наркозным аппаратом. При наличии бронхиального свища производили резекцию легочной ткани или несущий свищ ушивали одним из многочисленных способов. При достижении герметизации легкое хорошо расправляется,

заполняет плевральную полость, что позволяет восстановить его функцию и ликвидировать гнойную полость. Операция плеврэктомия сложна и травматична. Она иногда осложнялась тяжелым кровотечением, травматическим шоком, поэтому проводилась тщательная предоперационная подготовка больного, целью которой было - уменьшить анемию, гипопротеинемию, улучшить функцию дыхания. В послеоперационном периоде наблюдали осложнения у 3 больных: кровотечение в плевральную полость у 1 больного, рецидив бронхиального свища и эмпиемы плевры в 2 случаях. Кровотечение остановлено после реторакотомии и коагулирования кровоточащих мелких сосудов. При рецидиве болезни в 1 случае проведена повторная операция, а у другого больного достигли положительный результат консервативным путем.

Заключение. Таким образом, при анализе пролеченных случаев в динамике отмечается рост числа больных с эмпиемой плевры. Применение РКТ органов грудной клетки, УЗИ и видеоторакоскопии плевральной полости существенно улучшило диагностику эмпиемы плевры, особенно при осумкованных формах. При адекватном сочетании комплексной этиопатогенетической терапии, раннего дренирования плевральной полости и своевременного радикального оперативного вмешательства, заметно улучшились результаты лечения эмпиемы плевры, а так же значительно сократились случаи рецидива болезни и сроки пребывания больного в стационаре.

Литература:

1. Ясногородской О.О., Шунутко А.М., Панюшкин П.В. «Возможность малоинвозивной техники в лечении неспецифической эмпиемы плевры» II Росс. Мед. Журнал – 2004г. №3 –С– 32-36.
2. Бисенков Л.Н. «Торакальная хирургия » Руководство для врачей. У. Под редакцией Л.Н. Бисенкова. – Санкт- Питербург, 2004 г.
3. Коинин Я.Г., Першин Е.С., Решетов В.В. «Применение активной аспирации в лечении больных острой неспецифической эмпиемой плевры». Хирургия. Украина – 2006 г. С – 65-66.
4. Цеймах Е.А., Левин А. В., Зимонин П.Е., Самуйленков А. Эмпиемы плевры. Частота возникновения, пункционная терапия, закрытое дренирование плевральной полости. Часть I Ц. Туберкулез и болезни легких. – 2009. - №8 . – С. – 3-9.
5. Матвеев В.Ю., Хасанов Р. М., Галков Е. М., Фахрутдинов Р. Н., Ибрагимов А. И. «Комбинированное хирургическое лечение эмпиемы плевры с применением видеоторакоскопии». Практическая медицина – 2012 г. №8, Т. 2. – С. 111- 116.
6. Herrejon E.P.N. Estreptoguinasa intrapleural en el tratamiento del empyema pleural. // Engl. J. Med.- 2009.-Vol.52.-P 865-874.

The modern approaches in diagnosis and treatment of pleural empyema.

Hasanov R.A, Matkasymov M.M., Toktakhunov U.T., Haggag M.A.

***Summary**: In the work studied etiopathogenesis, clinical of pleural empyema for 25 patients who had treated in the department of thoracic surgery in the last 5 years. The authors thought that, the used of modern beam diagnostics, Videothoracoscopy, and an adequate mix of complex etiopathogenic therapy, tronic pleural cavity drainage and radical surgical intervention is important in the diagnosis and treatment of pleural empyema.*

***Key words:** Pleural empyema, Diagnostics, combined treatment*

УДК 617.55

Ыдырысов И.Т., Туйбаев З.А., Курбанбаев О.И.,
Факультет последипломного
медицинского образования ОшГУ,
кафедра хирургия, г.Ош, Кыргызская Республика

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ТРАВМАХ ЖИВОТА

Резюме: *Анализ результатов диагностической лапароскопии при травмах живота.*

Резюме: *Ичтин жабыркоосундагы диагностикалык лапароскопиянын жыйынтыктарын талдоо.*

Ключевые слова: *Тупая травма живота. Диагностическая экстренная лапароскопия.*

Ачкыч сөздөр: *Ичтин жабык жабыркоосу. Тез түрдө жүргүзүлүүчү диагностикалык лапороскопия.*

Актуальность работы. В связи с обострением общественной обстановки в последние годы увеличилось количество пациентов с травмами живота. При повреждении внутренних органов имеются трудности в диагностике, которые объясняются многими причинами, а именно тем, что такие больные поступают со спутанным сознанием, в состоянии травматического шока, или в алкогольном опьянении. Также часто место приложения физической силы находится в отдалении от поврежденного органа, а характер травмы не соответствует обнаруженным повреждениям органов брюшной полости.

Довольно часто переоценка клинических данных, приводила к гипердиагностике повреждений внутренних органов, а, следовательно, и к неоправданным оперативным вмешательствам. Учитывая это обстоятельство, довольно, многие хирурги пропагандируют более активную хирургическую тактику в той или иной области Бугулов Г.К и соавт.[2]; В. А. Смирнов и соавт.[5].

В связи с этим улучшение диагностики у таких больных является актуальной проблемой. В этих случаях большое значение приобретают эндоскопические исследования, в частности диагностическая экстренная лапароскопия. Результаты применение этого аппарата освещены в статье В.М. Мадьярова и соавт [4].

Цель нашей работы– показать эффективность экстренной лапароскопии, которую мы применяли диагностической целью у больных с травмой живота.

Материал и методы. До внедрения в клиническую практику лапароскопии процент диагностических ошибок достигал 20%, а при сочетанной травме доходил до 50%.

В отделении хирургии и травматологии Ошской городской клинической больницы за период с 2010 по 2014 г. экстренная диагностическая лапароскопия была произведена 80 пациентам с травмой живота, у которых подозревалось повреждение органов брюшной полости, из них у 8 применялась продленная динамическая лапароскопия.

Диагностическая лапароскопия производилась по обычной методике через одну из четырех точек. Выбор точки введения лапароскопа осуществлялся в зависимости от жалоб, анамнеза, характера травмы, которые давали возможность предполагать повреждение того или иного органа.

Показаниями к применению диагностической лапароскопии были тупая травма и открытая травма живота.

Результаты и их обсуждение. Больные были разделены на 2 группы:

I группа- тупая травма живота (69 больных),

II группа - открытая травма живота (11 больных).

Во вторую группу больных вошли пациенты с ножевыми и огнестрельными ранениями живота. В первой группе повреждение внутренних органов было верифицировано в 45 случаях. Из них повреждение печени 11 больных, селезенки у 7, тонкой кишки у 2, ободочной кишки у 1 и мочевого пузыря у 2. У 18 больных обнаружена забрюшинная гематома, причем у 3 из них был разрыв почки. У 4 больных была установлена гематома брыжейки и большого сальника. В 18 случаев этой группы прямые признаки повреждений внутренних органов при лапароскопии не обнаруживались, однако, имевшее место массивное кровотечение в брюшную полость позволили установить показания к операции. У 2 –х больных показания к операции было установлено после динамического наблюдения с помощью пролонгированной лапароскопии. У одного больного такое наблюдение определило нарастание гематомы, а у другого продолжающееся кровотечение в брюшную полость. У 24 больных (из 69) экстренная диагностическая лапароскопия позволило полностью исключить повреждение внутренних органов, несмотря на клинические признаки. Эти больные после динамического наблюдения были выписаны из стационара без операции. Из 11 пациентов 2-группы, у 6 (54,5%) проникающее ранения брюшной полости без повреждения внутренних органов. В 3-х (27,2%) случаях у пациентов с клиническими признаками повреждения внутренних органов, ранения проникало в брюшную полость и у 2-х (18,1%) больных обнаружены ранения селезенки и печени.

Заключение:

По нашим данным диагностическая достоверность лапароскопия при повреждениях органов брюшной полости составила 99,0%.

Диагностическая лапароскопия – это высокоэффективный инструментальный метод диагностики травм органов брюшной полости, в диагностическом плане иногда не уступающий лапаротомии.

Диагностическая лапароскопия - позволяет избежать необоснованной лапаротомии и сократить сроки госпитализации.

Литература:

1. Алиев С. А. Лечение огнестрельных ранений груди и живота мирного времени // Хирургия – 1991. – с. 17-22
2. Бугулов Г. К., Тер-Оганесов М. Э. Хирургическая тактика при торакоабдоминальных и сочетанных повреждения груди и живота // Хирургия – 1989.-№8. – с. 55.60.
3. Кутушев Ф. Х., Иванов В. И., Уракчеев Ш. К. О Хирургической тактике при торакоабдоминальных ранениях // Вестник хирургия.-1989.-№1. –С. 57-58.
4. Мадьяров В.М., Нурмаков Д.А. Лапароскопия при травмах живота.//Актуальные вопросы травматологии и ортопедии.-1999.-С.320-322
5. Смирнов В. А., Милонов О. Б., Османов А. О и др. Тактика хирурга при проникающих огнестрельных ранениях груди //Современные методы диагностики и лечения в пульмонологии. – Л., 1985.-С. 121-123.
6. Соловьев Г. М., Багдасаров В. В. Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях //Хирургия.- 1998.-№10.-С. 18-20.
7. Цодыкс В. М., Яшин В. Н. Ножевые торакоабдоминальные ранения // Вестник хирургии.-1981.-№6.-С. 93-95.
8. Kuhh J. R., Diagnostic imaging for the evaluation of abdominal trauma in children. //Pediatr. Clin. North Am.-1985.- Vol.32, N6.- P.1427-1447.
9. Pillgram-Larsen J. Abdominal injures //Tidsskr. Nor. Laegeforen.-1989.-Vol. 109, N 22.- P.2109-2110.

DIAGNOCTIC LAPARASCOPY IN TRAUMA OF THE ABDOMEN

Faculty of Postgraduate Medical Education, Department of Surgery
Ph.D., Associate Professor Ydyrys I.T, Ph.D., Associate Professor Tuybaev Z.A,
Kurbanbaev O.I.

Summary: *Analysis of the results of diagnostic laparoscopy in trauma abdomen*
Key Words: *Blunt abdominal trauma. Diagnostic laparoscopy emergency.*

УДК 617.54 – 001.4

Ыдырысов И.Т., факультет последипломного медицинского образования ОшГУ, кафедра хирургия г.Ош, Кыргызская Республика

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ И ЖИВОТА

Резюме: *Анализированы результаты хирургической тактики при сочетанных ранениях груди и живота.*
Ключевые слова: *Повреждения груди и живота. Торакотомия, лапароцентез, лапаротомия.*

Резюме: *Көкүрөктүн жана ичтин бирге жабыркоосундагы хирургиялык тактиканы талдоо.*
Ачкыч сөздөр: *Көкүрөктүн жана ичтин жабыркоосу. Торакоцентез, лапароцентез, лапаротомия.*

Актуальность работы. В настоящее время продолжается дискуссия и мнения разноречивы по решениям тактических вопросов при сочетанных ранениях груди и живота. В этом плане, С. А. Алиев [1] рекомендует решение двух принципиально важных задач:

1. Какую операцию (торакотомию или лапаротомию) выполнять в первую очередь при сочетанных повреждениях груди и живота.
2. Из какого доступа (через рану диафрагмы или лапаротомию) производить ревизию органов брюшной полости при торакоабдоминальных ранениях?

Исходя из этого, Ж.Т. Бектуров [3], Л. Н. Бисенков [4], В. М. Цодыкс и соавт.[10] очередность выполнения торакотомии и лапаротомии делят в зависимости клинического течения на 3 группы.

1. На фоне слабого раздражения брюшины четко выражены признаки повреждения груди.
2. Признаки повреждения органов живота выражены сильнее, чем груди.
3. Симптомы повреждения груди и живота выражены равномерно.

Несмотря на это и при такой последовательности решений тактических вопросов удельный вес диагностических ошибок остается высоким и доходит до 46,6% случаев. Учитывая это обстоятельство, довольно, многие хирурги пропагандируют более активную хирургическую тактику в той или иной области В. А, Смирнов и соавт.[6]; М. П. Постолов и соавт.[8].

Целью нашей работы является анализ результатов тактических решений у пострадавших при сочетанных ранениях груди и живота.

Материал и методы. В отделении хирургии и травматологии Ошской городской клинической больницы находились на стационарном лечении 78 пострадавших. Возраст колеблется от 18 до 70 лет. Из них мужчин 56 и женщин 22 человек. В состоянии алкогольного опьянения поступили 57,8% человек. Характер травмы выглядит таким образом: в основном констатировано ножевое ранение – у 72 и огнестрельное ранение были у 6 пострадавших. Пострадавшие в основном были госпитализированы в первые 3 часа от момента получения травмы, что составляет 62 (86,1%) человек. В остальных случаях более 3-х часов 10 (13,8%).

Результаты и их обсуждение. Для большей наглядности и для проведения сопоставительного анализа, больные нами заранее распределены на две клинические группы, при этом в контрольную группу вошли – 30 человек, здесь реализовалась традиционная лечебная тактика и в основную группу – 48 пострадавших, где учитывались собственные диагностические и тактико-технические разработки.

В контрольной группе пострадавших, анализ и учет проявления клинических и рентгенологических признаков позволили в 24 случаях установить наличие повреждения жизненно важных органов грудной клетки и брюшной полости. В основной группе пострадавших (48 человека), кроме анализа проявления клинических и рентгенологических признаков были использованы результаты оценки прогностических критериев и данные инструментальной и экстренной полиэндоскопии (лапароцентез, торакоцентез, лапароскопия, ультразвуковое исследование).

Как видно из таблицы в контрольной группе пострадавших с сочетанными ранениями груди и живота в 14 (46,6%) случаях выполнена лапаротомия и 12 (40%) случаях выполнена торакотомия. При этом, со стороны грудной клетки, такие малые хирургические пособия, как пункция и торакоцентез в 3 случаях при сочетанных ранениях груди и живота. Лапароцентез с ”троакаром” у 1 пострадавших.

В основной группе пострадавших наблюдается иная картина. Пункция плевральной полости + лапаротомия выполнена в 11 случаях. Торакоцентез + лапаротомия в 16 случаях. Самое главное торакотомия + лапаротомия выполнена, всего лишь у 11 пострадавших. Торакотомия + лапароцентез выполнена – у 10 пострадавших.

Таблица №1

Результаты тактических решений торакоабдоминальных сочетанных ранениях органов груди и живота.

Тактические решения	всего	Контрольная группа	Основная группа
Пункция плевральной полости+лапаратомия	11		11
Торакоцентез+лапароцентез	4	4	
Торакоцентез+лапаротомия	16		16
Торакотомия+лапаротомия	37	26	11
Торакотомия+лапароцентез	10		10
Итого	78	30	48

Совершенно ясно, что в контрольной группе пострадавших, широкая торакотомия была выполнена 12 (40%) пострадавшим. При этом удельный вес напрасной торакотомии, составила – 5 (16,6%) человек. Широкая лапаротомия была выполнена 14 (46,6%) пострадавшим. Удельный вес напрасной лапаротомии составила 6 (20%) человек.

Иная картина наблюдается среди пострадавших в основной группе. Здесь, для определения показаний к выполнению широкой торакотомии учитывались не только анализ проявления клинико-рентгенологических проявлений, но и данные оценки прогностических критериев, инструментальных и эндоскопических исследований. В результате, при сочетанных ранениях груди и живота, нам удалось, определить показания к выполнению широкой торакотомии у 10 (20,8%) и лапаротомии у 11 (22,9%)

пострадавших. При этом в 27 (56,2%) случаях, со стороны грудной клетки ограничивались выполнением пункции и торакоцентеза. Лапароцентез выполнен в 10 случаев. Анализ полученных результатов показывает, что напрасная торакотомия, в основной группе пострадавших выполнена в двух случаев (4,1%), из общего числа выполненных торакотомии. Удельный вес напрасной лапаротомии составила 3 (6,2%) человек.

Заключение: Таким образом, используя полученные результаты клинико-рентгенологических, инструментальных и эндоскопических методов диагностики, а самое главное, придерживаясь индивидуально-дифференцированного подхода, нам удалось сократить удельный вес широкой торакотомии от 40% в контрольной группе до 20,8 % в основной группе, пострадавших. Тем самым уменьшилось количество напрасных торакотомий от 16,6% в контрольной группе до 4,1% в основной группе, пострадавших. А также нам удалось сократить удельный вес напрасной лапаротомии от 20% до 6,2%.

Литература:

1. Алиев С. А. Лечение огнестрельных ранений груди и живота мирного времени // Хирургия – 1991. – с. 17-22
2. Аскерханов Р. П. Некоторые вопросы диагностики и лечебной тактики при торакоабдоминальных ранениях // Грудная хирургия.-1987.-№1. – С. 52-62
3. Бектуров Ж.Т.Хирургическая тактика при торакоабдоминальных и сочетанных ранениях груди и живота// Материалы V международной научной конференции травматологов-ортопедов.- 1999.- С.358-363
4. Бисенков Л. Н. Хирургическое лечение торакоабдоминальных ранений // Вестник хирургия – 1988.-№12.-С. 58.61
5. Бугулов Г. К., Тер-Оганесов М. Э. Хирургическая тактика при торакоабдоминальных и сочетанных повреждения груди и живота // Хирургия – 1989.-№8. – с. 55.60.
6. Смирнов В. А., Милонов О. Б., Османов А. О и др. Тактика хирурга при проникающих огнестрельных ранениях груди //Современные методы диагностики и лечения в пульмонологии. – Л., 1985.-С. 121-123.
7. Соловьев Г. М., Багдасаров В. В. Лечебная тактика при сочетанных торакоабдоминальных ранениях //Хирургия.- 1998.-№10.-С. 18-20.
8. Постолов М. П., Ашрагова И. А., Постолов А. М. Хирургическое лечение торакоабдоминальных ранений // Хирургия.-1987.-№ 11.-С.93-97.
9. Репик В.И. Ультразвуковое исследование в диагностике плеврального выпота.//Ултразвук, диагн.19965.-№3.-С62-63
10. Цодыкс В. М., Яшин В. Н. Ножевые торакоабдоминальные ранения // Вестник хирургии.-1981.-№6.-С. 93-95.
11. Kuhh J. R., Diagnostic imaging for the evaluation of abdominal trauma in children. //Pediatr. Clin. North Am.-1985.- Vol.32, N6.- P.1427-1447.
12. Pillgram-Larsen J. Abdominal injures //Tidsskr. Nor. Laegeforen.-1989.-Vol. 109, N 22.-P.2109-2110.

SURGICAL TACTICS IN THE COMBINED WOUNDED CHEST AND ABDOMEN

Faculty of Postgraduate Medical Education, Department of Surgery
PhD., Associate Professor Ydyrysov I.T.

***Summary**: To analyze the resul ts of surgical tactics in combined injuries chest and abdomen.*

***Key words:** Damage to the chest and abdomen. Thoracotomy, paracentesis, laparotomy*

УДК: 617.55-089

Ысмайылов К.С.[1], Маманов Н.А.[2], Ташиев К.Ж.[1],
[1]Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош
[2]Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic, Бишкек

ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ «FASTTRAC SURGERY» В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Резюме: *на основании анализа литературных данных и собственного клинического материала обсуждаются возможности мультимодальной программы «fasttracksurgery» в ранней послеоперационной реабилитации больных в абдоминальной хирургии.*

Ключевые слова*: мультимодальная стратегия, ранняя реабилитация, ускоренное выздоровление.*

Корутунду:*адабиймаалыматтардынжанаөздүкклиникалыкматериалдынанализининнегизин деичкөндөйхирургиясындабейтаптардыноперацияданкийинкиэртекалыбынакелүүдө«fasttracksurgery» мультимодалдыкпрограммасынынмүмкүнчүлүктөрүталкууланды.*

Негизги сөздөр:*мультимодалдыкстратегия, эртекалыбынакелүү, тезарадаайыгуу.*

Актуальность

На сегодняшний день наблюдается повсеместный рост заболеваний пищеварительной системы, в том числе требующих оперативного лечения. С ростом заболеваемости, улучшением диагностики, разработкой новых методов операции резко возросла хирургическая активность. Вместе с тем большое количество абдоминальных операций повлекло за собой рост частоты послеоперационных осложнений, которая в среднем колеблется от 15 до 20%[4, 6]. Учитывая стольвысокий процент осложнений, создается необходимость пересмотра традиционных подходов к ведению послеоперационного периодапациентов, уделяя особое внимание патофизиологической роли различных компонентовстрессового ответа, вызванного изменениямиметаболизма в ответ на оперативные вмешательства [2, 5, 7].В результате поиска эффективных методов лечения хирургических больныхс минимальным риском возникло новое понятие – **fasttrack хирургия** («быстрый путь в хирургии», ускорение различных этапов лечебногопроцесса), или ERAS (earlyrehabilitationaftersurgery- ранняя реабилитация после операции) [1, 4-6].

Растущий интереск этой программе отражается в абдоминальнойхирургии, онкологии, гинекологии, урологии и другиххирургических дисциплинах.Пионером мультимодальнойfasttrack программы в Европе, охватывающей все фазы периоперационной терапии, является профессорH. Kehlet [7, 8].Термином «хирургия быстрого выздоровления» обозначают комплекс мероприятий,направленных на ускоренную реабилитациюпациентов после хирургических вмешательств.Благодаря программе быстрого выздоровленияв хирургии становится возможным уменьшение длительности пребывания пациента в стационаре и снижение рискапослеоперационных осложнений [1-3, 7].

Материал и методы

В основу данного сообщения положен анализ оперативной деятельности хирургического отделения №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ) и эндовидеохирургическогоцентра ЮРФА-Clinic (ЭВХЦ ЮРФА-Clinic).В проведенный анализ были включены выборочно 245 оперированных пациентов в возрасте от 18 до 68 лет (ОМОКБ – 125 больных, ЭВХЦ ЮРФА-Clinic – 120 больных).

Мужчин было 136 (55,5%), женщин – 109 (44,5%). В таблице 1 представлено распределение больных в зависимости от нозологии, которые были выбраны выборочно с учетом их частоты и методов оперативного лечения.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от хирургического заболевания

№	Хирургические патологии	Количество больных (n = 245)			
		ОМОКБ		ЭХВЦ	
1	Хронический калькулезный холецистит	30		31	
2	Острый калькулезный холецистит	26		27	
3	Острый аппендицит	23		11	
4	Паховая грыжа	10		9	
5	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы	4		5	
6	Киста яичников	20		23	
7	Миома матки	12		14	
	Всего:	125		120	

Как видно из таблицы 1, в 7 представленных хирургических заболеваниях были выбраны примерно одинаковые количества пациентов. Для клинического сравнения были ориентировочно собраны больные, перенесшие открытые, традиционные методы операций, выполненные в ОМОКБ, а также пациенты, перенесшие эндовидеохирургические операции в ЭВХЦ ЮРФА-Clinic. Как при хронических, так и при острых калькулезных холециститах в ЭВХЦ ЮРФА-Clinic были проведены лапароскопические холецистэктомии. При этих заболеваниях в ОМОКБ выполняются как открытые и лапароскопические холецистэктомии, так и операции из мини-доступа (по Мириззи), но в исследование были выбраны пациенты после открытой и минилапаротомнойхолецистэктомии. При остальных патологиях в ОМОКБ были проведены традиционные операции: аппендэктомия; грыжесечение с пластикой пахового канала по Жирару-Кимбаровскому, Бассини, Постемпскому; фундопликация по Ниссену; кистэктомия; супрацервикальная ампутация матки. В группе больных ЭВХЦ ЮРФА-Clinic были проведены следующие лапароскопические операции: холецистэктомия, аппендэктомия, герниопластика с предбрюшинной имплантацией сетки, фундопликация по Ниссену с круроррафией, кистэктомия, консервативная миомэктомия или супрацервикальная ампутация матки.

Для интегральной оценки физического состояния больных при поступлении применена классификация Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA), представляющую собой шестиступенную градацию по тяжести общесоматической патологии (таблица 2).

Таблица 2

Распределение больных по степени операционного риска в соответствии с классификацией ASA

Степень опер.риска	Количество больных (n = 245)	
	абс.	%
1	86	39,6±4,1
2	119	46,0±4,2
3	32	12,2±2,7
4	8	2,1±1,2
5	-	-
6	-	-

Результаты и обсуждение

Понятие «fasttrack» охватывает все фазы периоперационной терапии: дооперационную, интраоперационную и послеоперационную.В работах J. Wind [9]были суммированы и идентифицированы факторы, входящие в состав мультимодальнойfasttrack программы в рандомизированных исследованиях и мета-анализе (табл. 3).

Таблица 3

Fasttrackфакторы (Wind J., 2006)

№	Факторы
1	Дооперационное информирование пациента
2	Отказ от подготовки кишечника перед операцией
3	Отказ от премедикации
4	Применение пробиотиков перед операцией
5	Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством
6	Применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции
7	Регионарная анестезия, короткодействующие анестетики
8	Адекватный объем инфузии в периоперационном периоде
9	Короткие разрезы (мини-инвазивный доступ, поперечные разрезы)
10	Профилактика дооперационной гипотермии
11	Применение высоких концентраций O2периоперационно
12	Неопиоидная аналгезия
13	Отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов
14	Раннее удаление мочевого, центрального венозного и эпидурального катетера, дренажей
15	Прокинетика
16	Раннее начало послеоперационного перорального питания
17	Ранняя мобилизация
18	Отказ от необоснованных гемотрансфузий

Как правило, после открытых, лапаротомных операций больные начинали активироваться через 21±1,8 часов после операции. После лапароскопических операций больные активируются уже через 6±1,4 часов ($t=6.58$, $p<0,001$) после операции и могли самостоятельно переходить из реанимационной палаты в хирургическое отделение.

Восстановление пассажа по пищеварительному тракту произошло достоверно быстрее у больных после лапароскопических операций (5,8±0,6 часов против 18,4±0,9,$t=12.6$, $p<0,001$), количество послеоперационных осложнений составило 7,4 и 2,9% соответственно после открытых и лапароскопических операций ($t=1.62$, $p>0,05$). Продолжительность госпитализации – 7,3±0,2 и 2,5±0,4 койко-дней соответственно ($t=10.9$, $p<0,001$).Целенаправленно после оперативных вмешательств больных старались в первые часы после операции переводить на раннее энтеральное питание, активизировать, минимизировать объем инфузионной терапии. Эти мероприятия были более эффективными у пациентов после лапароскопических операций. Болевой синдром соответственно был минимальным в группе больных после лапароскопических операций, они не требовали наркотических препаратов.

Таким образом, максимально принципам fasttrack хирургии соответствует применение лапароскопических технологий, что еще раз обусловливает необходимость более широкого внедрения в хирургическую практику.

В классическом виде программа «fasttracksurgery» предусматривает применение эпидуральной или регионарной анестезии, миниинвазивных оперативных вмешательств (лапароскопия) и агрессивной послеоперационной реабилитации, включающей раннее энтеральное питание и раннюю мобилизацию. В комбинации эти меры дают возможность

снизить стрессорные реакции организма и значительно сократить время, необходимое для полного восстановления[4, 8, 9]. Изучение патофизиологических реакций, приводящих к увеличению послеоперационных осложнений, позволило целенаправленно влиять на отдельные компоненты патогенеза: боль, тошноту и рвоту, гипоксемию, нарушение сна, голодание, длительную неподвижность, наличие в ране дренажей, катетеров и зондов [2, 5, 7].

Заключение

Таким образом, внедрение мультимодальной программы «fasttracksurgery»в ежедневную клиническую практику позволит улучшить качество хирургическойпомощи, достигнуть более раннего возвращения оперированных пациентов к активной деятельности.Успешное выполнение протокола«fasttracksurgery» зависит от многих факторов, таких как гармоничное сотрудничествохирургов, анестезиологов, медицинских сестери от индивидуального понимания пациентом цели программы.

Анализ научных публикаций показывает,что ведение хирургических больных по принципам «fasttracksurgery»в Кыргызской Республике до настоящеговремени не проводилось. Существует ряд вопросов по данной тематике, требующих дополнительного рандомизированного изучения,анализа и освещения.

Литература:

1. Антипин Э.Э., Уваров Д.Н., Свирский Д.А. и др. Концепция fasttrack хирургии и роль анестезиолога в ее использовании при кесаревом сечении // Анестезиология и реаниматология. - 2011. - №3. - С. 33–36.
2. Apfel C.C., Korttila K., Abdalla M. et al. A factorialtrial of six interventions for the prevention of postoperativenausea and vomiting // N. Engl. J. Med. - 2004. - Vol. 350. -P. 2441–2451.
3. Buvanendran A., Kroin J.S. Multimodal analgesiafor controlling acute postoperative pain // Curr. Opin.Anesthesiol. - 2009. - Vol. 22. -P. 588–593.
4. Carter J., Szabo R., Sim W. Fast track surgery ingynaecological oncology. A clinical audit // Austral. NewZealand J. Obestet. Gynaec. - 2010. - Vol. 50. - P. 159–163.
5. Counihan T.C., Fravuzza J. Fast track colorectalsurgery // Clin. Colon. Rectal Surg. - 2009. - Vol. 22. - N 1. - P. 50–72.
6. Grigoras I. Fast track surgery // J. de Chirurgie Iasi. - 2007. - Vol. 3. - N 2. - P. 89–91.
7. Kehlet H. Multimodal approach to controlpostoperative pathophysiology and rehabilitation // Br. J.Anaesth. - 1997. - Vol. 78. - P. 608–617.
8. Kehlet H., Buchler M.W., Bert R.W.Jr. et al. Careafter colonic operation - is it evidence-based? Result from amultinational surgery in Europe and the United States // J.Amer. Coll. Surg. - 2006. - Vol. 202. - N 1. - P. 45–54.
9. Wind J., Pollc S.V., Fung Kon Jin H.P. et al. Systematicreview of enhanced recovery programmes in colonic surgery //Brit. J. Surg. - 2006. - Vol. 93. - P. 800–809.

THEPOSSIBILITIESOFIMPLEMENTING MULTIMODAL PROGRAM «FAST TRACK SURGERY» INABDOMINALSURGERY

Ysmayilov K.S.[1],Mamanov N.A.[2], Tashiev K.J.[1]

[1]Osh interregional united clinicalhospital, Osh

[2]Endovideosurgical centre URFA-Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan.

Summary:*in virtue ofthe analysis ofthe literature data andtheir own clinicalmaterialare discussedthe possibility ofa multi-modalprogram«fast track surgery»in the earlypost-operativerehabilitation of patients inabdominalsurgery.*

Keywords*: multimodalstrategy, early rehabilitation, accelerated recovery.*

УДК 616.716.8

Эгемкулов Т.А., ОМОКБ отделения челюстно-лицевой хирургии

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИОННО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ШИНОЙ В СОПОСТАВЛЕНИИ С КЛАССИЧЕСКОЙ ШИНОЙ

Резюме: *Проведена сравнительная оценка лечения переломов мыщелкового отростка нижней челюсти модифицированной иммобилизационно-реабилитационной и классической шинами на примере 100 больных. Отмечена высокая результативность модифицированной иммобилизационно-реабилитационной шины.*

Ключевые слова: *перелом мыщелкового отростка, ортопедические методы лечения.*

Корутунду: *Астыңкы жаактын илмегинин сыныгын ордуна коюуда өркүндөтүлгөн иммобилизациялык-реабилитациялык жана классикалык шак-шак менен дарылоо 100 бейтапка жүргүзүлгөн. Өркүндөтүлгөн иммобилизациялык-реабилитациялык шак-шагы жогорку жыйынтыкты көргөзгөн.*

Негизги сөздөр: *Астыңкы жаактын илмегинин сыныгы, ортопедиялык дарылоо ыкмасы*

В последние десятилетия отечественными и зарубежными клиницистами разработано большое количество методов лечения переломов нижней челюсти. Такой пристальный интерес исследователей к данной проблеме обусловлен всё возрастающей травматизацией населения [1,3,5]. Среди способов лечения переломов нижней челюсти выделяют консервативные (ортопедические), оперативные (хирургические) и комбинированные[1,4,6]. Необходимо еще раз подчеркнуть, что вопрос о применении того или иного метода лечения может быть решен только после тщательного и всестороннего анализа результатов клинико-рентгенологического обследования больного, с учетом имеющихся возможностей медицинской службы. Выбор способа закрепления отломков зависит от общего состояния пострадавшего, его возраста, сопутствующих заболеваний или повреждений; локализации и количества переломов, расположения щели перелома, степени и направления смещения отломков, оснащенности лечебного учреждения инструментарием и материалами, необходимыми для ортопедических и хирургических методов лечения, наличия анестезиологической службы, навыков и опыта челюстно-лицевого хирурга[2, 4, 5].

Проблема лечения больных с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти, несмотря на большое количество научных исследований, остается актуальной и на современном этапе развития челюстно-лицевой хирургии. В отечественной и зарубежной литературе опубликовано большое число научных исследований, посвященных различным аспектам данной проблемы. В то же время в доступной литературе нам не удалось обнаружить исчерпывающих данных по определению оптимальных способов лечения в зависимости от локализации линии перелома и характера смещения костных отломков при реабилитации пациентов с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти [1,3].

Цель исследования: Сравнительная оценка лечения больных с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти при помощи иммобилизационно-реабилитационной и классической шин.

Материалы и методы исследования

В зависимости от применявшихся методов лечения все обследованные пациенты были распределены на две группы исследования. В основной группе 52-больных, в схему

лечения была включена модифицированная иммобилизационно - реабилитационная шина. В сравниваемой группе 48 больных иммобилизация фрагментов нижней челюсти выполнялась обычной двухчелюстной шиной Тигерштедта с зацепными петлями и эластической резиновой тягой.

Медикаментозные и терапевтические воздействия, составляющие основу предлагаемого нами комплексного лечения, в основной и сравниваемой группе были одинаковые и заключались в применении антибиотиков, витаминов, препарата кальций $Д_3$ «Никомед» физиотерапии. В схему лечения входило также назначение полноценного питания, в котором предусматривалась протертая пища с сырым яйцом, молочнокислые продукты, измельченные мясные блюда. Для гигиенической обработки полости рта в основной и сравниваемой группе назначалось промывание растворами антисептиков.

В основной группе дополнительно для усиления регенерации костной раны и улучшения кровообращения назначался электровибромассаж в области линии перелома, плотность мощности которого в пределах 100-200 Гц. При экспозиции 10 минут 2 раза в день, кратность электровибромассажа - 14 сеансов.

Результаты исследования и их обсуждения

Проведенные перед началом лечения исследования показали, что исходные данные в группах находились примерно на одном уровне. Сравниваемая и основная группы существенно не различались по качественному составу признаков, например, не наблюдались сопутствующие заболевания ни у какой из групп, которые могли в какой-то мере исказить результаты исследования.

Клинико-лабораторные исследования в кратчайшие сроки показали, что у 91% больных основной группы при применении комплексного лечения с использованием электровибромассажа, наблюдалось улучшение общего самочувствия, уменьшение отеков и болей в области линии перелома мыщелкового отростка нижней челюсти уже к 3,5±0,08 суткам. Это объясняется тем, что использование электровибромассажа на месте линии перелома оказывает противоотечное и анальгезирующее действие, и что использование электровибромассажа способствует более быстрому обратному развитию посттравматического отека и сокращению периода восстановления функции - движения нижней челюсти.

При этом у 72% больных сравниваемой группы, где наложена классическая шина и электровибромассаж не применялся, продолжительность болевого синдрома составила 4,2 ± 0,21 суток, что немного больше, чем в основной группе ($P>0,05$).

Средние сроки купирования отека у больных сравниваемой группы составили 6,2 ± 0,27 суток. В основной группе этот показатель составил 4,8 ± 0,36 суток ($P<0,05$).

В сравниваемой группе после наложения шин усиливались боли, увеличивались отек, гиперемия, инфильтрация мягких тканей, дискомфорт в полости рта, через 2-е суток появилась кровоточивость десен, накопление мягких отложений, появлялся гнилостной запах. Только на 7-8 сутки происходило снижение приводимых изменений и воспалительных явлений мягких тканей пародонта. Неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта в различных его проявлениях отмечено у 75% больных.

У больных основной группы наложение шины также способствовало появлению боли, отека, гиперемии и дискомфорта в полости рта. Однако эти изменения были мало выражены, локализовались на отдельных участках у мест наибольшего травмирования межзубных сосочков лигатурной проволокой. Эти явления к 3-4 суткам также заметно уменьшились, а на 6-7 сутки гиперемия и отечность не определялись, цвет десны приближался к розовому, мягкий налет, в связи с интенсивным уходом, был незначительный. Приводимые изменения в полости рта основной группы отчетливо обнаружены нами лишь у 25% больных.

До начала наложение шины pH ротовой жидкости в обеих группах составил 7,2±0,4. При контрольном исследовании pH ротовой жидкости через 10 дней после

наложения шины составляет в основной группе 5,49±1,06, а в сравниваемой группе 5,2±0,56. На 15-е сутки после лечения в основной группе показатели pH ротовой жидкости улучшились в положительную сторону после снятия резиновых колец и в связи с улучшением гигиены полости рта до 6,2±0,08, в сравниваемой группе до 5,4±1,06.

К концу лечения pH ротовой жидкости у больных основной группы составил в среднем 6,96±0,15. Самочувствие больных в этот период было удовлетворительным. В полости рта состояние слизистой нормализовалось, отек купировался, гиперемия слизистой оболочки нормализовалась. В мягких отложениях гнилостных процессов не наблюдалось. У больных сравниваемой группы pH до конца лечения составлял в среднем 5,7 ±3,08. Пациенты отмечали в полости рта болевые ощущения, зуд и чувство дискомфорта. Сохранялось достаточное количество мягких отложений, слизистая гиперемирована и несколько отечна. Изменение pH в ротовой полости в кислую сторону говорит о воспалительном процессе в полости рта (P<0,05).

При изучении гигиенического индекса по Федорову-Володкиной (в норме 1,69-1,72) в периоды шинирования в основной группе 2,07±0,36, а в сравниваемой группе составил 2,75±0,18. Через 14 дней гигиенический индекс в основной группе резко меняет показатели - 1,94±0,56 в связи тем, что через 14 дней резиновые тяги в основной группе больных снимаются, появляется возможности усилить гигиену полости рта, а в сравниваемой группе гигиенический индекс остается на прежнем уровне.

После снятия шин из n-52 у 8 (15,3%) больных образовался локализованный гингивит, в основной группе наблюдается только катаральный гингивит и небольшое набухание межзубных сосочков в местах фиксации лигатурной проволоки. В сравниваемой группе образовался генерализованный и у отдельных язвенно-некротический гингивит, который из n-48 обнаружен у 17 (35,4%) больных. Гигиенический индекс после снятия шины в основной группе составил 1,79±1,23 а сравниваемой группе -2,12±0,05 (P<0,05).

В основной группе больных на второй день после наложения шины был назначен электровибромассаж в области линии перелома мыщелкового отростка нижней челюсти. Под воздействием электровибромассажа на кожу улучшается секреторная функция потовых и сальных желез, при этом очищаются их выводные отверстия от секрета. Активизируется лимфо и кровообращение кожи, устраняется влияние венозного застоя, усиливается кровоснабжение кожи и, следовательно, улучшается ее питание. При этом также отмечается активное воздействие массажа на периферическую нервную систему ослаблением или прекращением боли, улучшается проводимость нерва, ускоряется процесс регенерации линии перелома мыщелкового отростка нижней челюсти.

В сравниваемой группе у n-43(89,5%) пациентов на рентгенограммах нижней челюсти наблюдали полное сращение линии перелома (P<0,001), n-5(10,4%) - линия перелома оставалась еще заметной. У n-3(6,25%) образовался фибринозный анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (P<0,05).

Сравнительные аспекты основной и сравниваемой групп по рентгенологическим и эхоостеометрическим исследованиям: в основной группе больных на рентгенограмме к исходу 14-15 суток после иммобилизации отмечается сужение линии перелома, образование остеоидной мозоли. Косвенным признаком является появление пятнистого остеопороза в концевых отделах отломков, что свидетельствует о благоприятном течении заживления перелома. В этот период в сравниваемой группе также отмечается сужение линии перелома.

На контрольной рентгенограмме на 28-30 сутки в основной группе остеоидная мозоль начинает пропитываться слоями извести, что делает ее видимой на рентгенограммах. В последующем тень мозоли становится более плотной и увеличивается в размерах. А в сравниваемой группе остеоидная ткань обизыствляется и превращается в

костную, в кортикальном слое кости видна полоска просветления. Ширина этой полоски местами уменьшена.

Очередной контрольный осмотр проведен через 3 месяца после выписки из стационара. В основной группе у 52 больных на рентгенограммах определяется восстановление нормальной структуры кости и наступает полное заживление перелома. Линия перелома не определяется.

По нашему мнению в основной группе дополнительное назначение электровибромассажа способствует воздействию на кровеносную систему, вызывает расширение функционирующих капилляров, раскрытие резервных капилляров, благодаря чему создается более активное орошение кровью не только массируемого участка, но и рефлекторно внутренних органов, в результате чего происходит усиленный газообмен между кровью и тканью. Все это благоприятным образом сказывается на заживлении линии перелома нижней челюсти. У всех (100%) больных основной группы на рентгенограммах нижней челюсти наблюдали полное сращение линии перелома и восстановление нормальной структуры кости. А также восстановление движения нижней челюсти в вертикальном и горизонтальном направлениях ($P<0,001$).

В сравниваемой группе у 43 больных восстановилась нормальная структура кости, у 5 больных костный мозоль образовался в линии перелома, но линия перелома еще определяется.

Эхоостеометрию проводили в обеих группах 60 больным с переломами мыщелкового отростка нижней челюсти. В основной и сравниваемой группах скорость прохождения ультразвуковой волны (СПУВ) после иммобилизации костных отломков мыщелкового отростка нижней челюсти 1956,69±0,52м/с. Через 14 дней в основной группе отмечается увеличение СПУВ до 2210,075±32,15. При этом в сравниваемой группе СПУВ на уровне 2087,06±64,0 ($P<0,05$). Через 28-30 дней в основной группе применение дополнительно электровибромассажа усиливает регенерацию, образование и созревание костной ткани, которое и доказывается увеличением СПУВ до 2479,31±17,09м/с. На этом периоде в сравниваемой группе величина СПУВ имела существенно более низкое значение 2196,07±10,34м/с. ($P<0,05$). Таким образом, с помощью ультразвуковой эхоостеометрии проведено определение плотностных характеристик и степени деминерализации нижней челюсти. СПУВ через линию перелома может также служить не инвазивным, неагрессивным аппаратно-инструментальным функциональным методом диагностики сбалансированности неоостеогенеза, организации и формирования костного регенерата в линии перелома.

Таким образом, выбор метода фиксации, комплексный подход к лечению, включая применение стимулятора репаративной регенерации костной ткани - препарат Кальций $Д_3$ «Никомед», является фактором, существенно влияющим на конечный результат лечения перелома мыщелкового отростка нижней челюсти. При комплексном лечении переломов мыщелкового отростка нижней челюсти с дополнением электровибромассажем удается ускорить процесс купирования болевого симптома, ликвидацию травматического отека, позволяет улучшить результаты восстановления функции жевательных мышц.

Литература:

1. Васильев, А. В. Алгоритм лечения больных с переломами мыщелкового отростка / А. В. Васильев // Клиническая имплантология и стоматология. -2001. -№ 4-5. -С.95-97.
2. Ефимов Ю.В. Переломы нижней челюсти и их осложнения: дис. д-ра мед.наук./ Ю. В. Ефимов. - М., 2004. - 287 с.
3. Ешиев А. М. Челюстно-лицевая хирургия (инновационные методы, технологии, материалы).-Бишкек, 2011.-300с.
4. Семенников В.И. Анализ лечения переломов нижней челюсти / [В.И. Семенников, Л.Г. Фоменко, Г.А. Лебедев и др.] // Мат. VII Всероссийского научного форума с международным участием «Стоматология 2005». - М.: 2005.- С. 233-234.

5. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев.- ООО «Червона Рута-Туре». - Киев, 2002.-1024с.
6. Уразалин Ж.Б. Вопросы совершенствования лечебной помощи больным с переломами нижней челюсти: Автореф. дис. …д-ра мед. наук. М., 1986.-27с.

COMPARATIVE EVALUATION TREATMENT OF FRACTURES OF THE CONDYLAR PROCESS OF THE MANDIBLE USING MODIFIED IMMOBILIZATION AND REHABILITATION TIRE AS COMPARED TO CLASSICAL TIRE.

Egemkulov T.A. Osh United Interstate Clinical Hospital, maxillofacial department

Summary: *A comparative evaluation of the treatment is carried out on 100 patients with fractures of the condylar process of mandible using modified immobilization and rehabilitation and classic tires. The high efficiency of the modified immobilization and rehabilitation of the tire.*

Keywords: *fracture of the condyle, orthopedic treatments.*

УДК:616.681-002-089

Эсекеев Б.Б., Матазов Б.А.,
Абдуллаев С.Ч., Мирзакулов Д.С.
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, г.Ош

ОСТРЫЙ ЭПИДИДИМООРХИТ, ЕГО ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Обследованы 110 больных с острым эпидидимоорхитом. Из них 56 больным проведено оперативное лечение, 54 больным проведена консервативная терапия. В результате проведенной работы подтверждено возникновение острого эпидидимоорхита в молодом возрасте, за счет хронических инфекций нижних мочевыводящих путей, а также доказано преимущество оперативного метода лечения над консервативной терапией.

Ключевые слова: *острый эпидидимоорхит, причины, консервативный и оперативный методы лечения.*

Чукул эпидидимоорхит боюнча 110 бейтап текшерилген. Алардын ичинен 56 бейтап атайын операциялык ыкма менен, ал эми 54 консервативдик жол менен дарыланган. Дарылоонун негизинде чукул эпидидимоорхиттин томонку сийдик жолдорунун ифекцияларына байланыштуу жаштарда кобуроок пайда болушу жана операциялык ыкманын консервативдик ыкмага караганда пайдалуураак экендиги тастыкталган.

Негизги сөздөр: *Чукул эпидидимоорхит, анын себептери, консервативдик жана операциялык дарылоо жолдору.*

ВВЕДЕНИЕ.

Острые воспалительные заболевания яичка и его придатка имеет большое социальное значение, так как у 60% пациентов в исходе заболевания развиваются рубцово-склеротические и атрофические изменения яичка, что приводит к серьезным нарушениям проходимости семявыносящих протоков его придатка, в результате чего наступает такое серьезное осложнение, как бесплодие (1,2). Острые эпидидимоорхиты (ОЭО) чаще всего возникает гематогенно как осложнение инфекционных заболеваний либо после травмы яичка или в результате перехода инфекции по семявыносящему протоку при уретритах и простатитах (3). Практически всегда следствием перенесенного двухстороннего эпидидимита является азооспермия (4).

По мнению некоторых авторов, консервативное лечение до 70 % наблюдений заканчивается атрофией яичка (5). По мнению других авторов (6), атрофия яичка является

одним из частых исходов заболевания при неправильной лечебной тактике и составляет 57-77%, которая в свою очередь приводит к необратимым нарушениям репродуктивной системы у детей, что в будущем чревато снижением фертильности вплоть до бесплодия. При этом частота его после перенесенного эпидидимита достигает 76,6 % (7). По данным других авторов после перенесенного ОЭО частота бесплодия достигает 35 % при одностороннем поражении и 87 % при двухстороннем поражении (8).

Заболевание встречается в различных возрастных периодах, но чаще наблюдается в молодом возрасте до 87,3% случаев (9,10) и очень часто становится причиной бесплодия в наиболее репродуктивном возрасте. Высокая чувствительность органов мошонки к повреждающему действию инфекционного процесса требует обследования и лечения в кратчайшие сроки. Одни считают, что при ОЭО показано консервативное лечение (11). В работах других исследователей доказывается целесообразность раннего оперативного вмешательства при всех формах воспалительного процесса (12). Общепринятой на сегодняшний день является консервативно-выжидательная тактика, которая сводится к созданию наибольшей концентрации антибактериальных препаратов в очаге воспаления. Современная медикаментозная терапия располагает значительным количеством антибактериальных веществ, которые приводят к гибели многих инфекционных агентов. Однако основной ее проблемой является доставка антибактериальных препаратов к очагу воспаления в достаточной для эрадикации возбудителя концентрации. В процессе воспаления нарушается кровообращение в яичке, что приводит к нарушению транспорта питательных веществ, метаболитов и кислорода. Это в свою очередь снижает транспортировку антибактериальных веществ в ткани яичка. Даже самые высокие концентрации антибиотиков неспособны обеспечивать соответствующий уровень антибиотиков крови, который приведет к элиминации возбудителя (13). Поэтому длительное динамическое наблюдение может привести к развитию гнойно-деструктивных осложнений, требующих выполнения органо-уносящих операций. В связи с этим выбор наиболее эффективного и максимально безопасного метода лечения имеет актуальное значение.

Цель. Оценить влияние ОЭО на репродуктивную функцию мужчин и эффективность консервативного и оперативного методов лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.

Нами проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 110 больных с ОЭО, находившихся в отделении урологии Ошской межобластной объединенной клинической больницы за 2010-11 гг. Все больные были в возрасте от 14 до 65 лет. 82 пациента что составляет 74,5%, были в возрасте от 21 до 45 лет, т.е. наиболее репродуктивном и трудоспособном возрасте. До 20 лет на лечение поступило 8 пациентов и от 46 до 65 лет – 20 больных. Больным с целью уточнения диагноза проводились общий анализ крови и мочи с посевом на микрофлору и чувствительностью к антибиотикам, анализы секрета простаты, мазка из уретры, спермограммы, кровь на тестостерон и бруцеллез, по возможности УЗИ органов мошонки и УЗДГ. Проведено сравнение результатов консервативного и оперативного методов лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Большинство пациентов поступили в стационар в течение первых 4 суток от начала заболевания. Обращает на себя внимание тот факт, что 17 пациентов поступили в стационар в сроки свыше 7 суток от начала заболевания. Причиной поздней госпитализации было необоснованно длительное и малоэффективное амбулаторное лечение, что явилось следствием неадекватной оценки тяжести заболевания.

С целью уточнения диагноза проведена ультразвуковая допплерография (УЗДГ). При УЗДГ на стороне поражения выявлена гиперваскуляризация, ее степень зависела от выраженности воспалительного процесса (табл. 1.).

Таблица 1. Сравнение показателей кровотока воспаленной части со здоровой половиной.

Показатели кровотока	Сравнение показателей	
	Здоровая половина	Воспаленная часть
V max(см/с) скорость сист. кровотока	7,0 (см/с)	13,5 (см/с)
V min(см/с) скорость диаст. кровотока	3,0 (см/с)	4,9 (см/с)
IR–индекс резистентности	0,57	0,64

Из 110 обследованных пациентов, 20 больным произведен анализ посева мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. При этом в 6 случаях высеяна кандида, в 1 случае кишечная палочка, в 2 случаях клебсиеллы, стрептококки в том числе пиогенный в 9 случаях, в 2 случаях золотистый стафилококк и в одном случае синегнойная палочка. У 4 пациентов посев мочи роста не дал.

Из всех 110 исследуемых за 2010-11 годы больных, 78 пациентам что составляет 70,9%, произведен анализ мазка из уретры, который взят утром перед мочеиспусканием. При этом у многих больных, а именно 55 анализов – 70,5%, выявлена различная патогенная и условно-патогенная микрофлора, а в некоторых случаях и сочетание нескольких микробных флор, т.е. микст - инфекции. Также 59 больным произведен анализ секрета простаты и в 56 случаях 91,9% выявила увеличение количества лейкоцитов, что говорит о наличии хронического простатита.

31 больному (28,2%) произведен анализ спермограммы. При этом только в одном случае данный анализ оказался нормальным, а в остальных 30 случаях – 96,8% получены различные патологические результаты.

Консервативное лечение проведено 54 пациентам при воздержании их от оперативного вмешательства, которое заключается в назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия в зависимости от результатов посева мочи и мазка из уретры, проведении спазмолитической и инфузионно - дезинтоксикационной терапии, наложении суспензория с мазью Вишневского, покой и постельный режим. При отсутствии эффекта от инъекционных анальгетиков проводится блокада по Лорин - Эпштейну.

Оперативное лечение (Патент № 1393 от 30.09.2011 г.) проведено 56 пациентам, под местной анестезией или под внутривенным наркозом. Производился продольный разрез на яичке почти равный длине яичка и придатка с целью декомпрессии. При этом разрез производился постепенно, т.е. делали разрез около 1см и сразу же накладывали несколько узловых швов. Затем этот разрез увеличивали дальнейшим рассечением и также накладывали несколько узловых швов, чтобы паренхима яичка не пролабировала в наружу. Таким образом, длина разреза получалась почти равной длине яичка. В рану белочной оболочки устанавливался тонкий резиновый выпускник. Аналогичный доступ производился и на придатке при наличии его воспаления. Со следующего дня назначается курс магнитотерапии стабильной методике. Длительность лечения, которая является одним из критериев эффективности, у пациентов получивших консервативную терапию составила 10,1 койко-дней, тогда как у прооперированных больных составила 7,3 к/дней.

У больных получавших консервативное лечение с выздоровлением выписаны 3, а с улучшением 51 больных. У прооперированных больных с выздоровлением выписаны 45, а с улучшением 11 пациентов.

Из 56 прооперированных на контрольное обследование явились 29 пациентов. Из них у 11 выявлены различные патологические изменения, у 3 аспермия – 10,3% и 15 нормозооспермия – 52%. Из 54 пациентов получивших консервативную терапию явились

33 больных. Из них у 18 выявлены различные патологические изменения, нормозооспермия выявлена всего лишь у 6 пациентов – 18,2% и в 9 случаях аспермия - 27,3%. При этом 4 больных повторно обращались с обострением за медицинской помощью до 4 раз, различной степени жалобами, как общего, так и местного характера вплоть до атрофии яичек.

ВЫВОДЫ. Основными причинами ОЭО являются острые и хронические инфекционно - воспалительные заболевания мочевыводящих путей. Заболевание возникает преимущественно в молодом возрасте, что чревато тяжелыми нарушениями репродуктивной системы. Длительность лечения и оценка результатов контрольного обследования указывают на эффективность оперативного метода лечения.

Литература:

1. Калинина С.Н. Половая функция у мужчин перенесших острый эпидидимит и леченных оперативным путем. Автореф. дисс. … канд. мед. наук. Л. 1991.
2. Федорченко П. М., Жила В. В. и др. Лечение больных с острыми воспалительными заболеваниями органов мошонки. Урол. и нефрол. 1985. №3. 38-40.
3. Гребенщиков Г. С., Шевцов И. П. В кн.: Пытель А. Я. (ред.) Руководство по клинической урологии. М.; 1970. 496-498.
4. Давыдов М.И., Шилов А.П. Оперативное лечение острого эпидидимита. Метод. пособие. Пермь. 1989. 37.
5. Зильберман М.Н. Лечебная тактика при острых заболеваниях органов мошонки . Оренбург. 1987. – 20с.
6. Газымов М.М., Самойлова А.В., Быков В.М. Мужское бесплодие: причины и лечение. Здравоохранение Башкортостана. Спец. вып.: научно-практический журнал. 2005. №3. 135-136.
7. Тиктинский О.Л., Михайличенко П. В., Калинина С. И. Социальный характер воспалительных заболеваний придаточных желез, обусловленных скрытыми урогенитальными инфекциями. Андрология и генитальная хирургия. 2001., №2., С. 47-50.
8. Камалов А.А., Бешлиев Д.А., Шакир Ф. Острый эпидидимит: этиопатогенез, диагностика, современные подходы в лечении и профилактике. Лечащий Врач.- 09/2004.
9. Белый Л.Е. Острый эпидидимит: этиология, патогенез, диагностика и лечение. Проблемы репродукции. 2010. №4. 66-69.
10. Забиров К.И., Деревянко И.И., Ткачук И.И., и др. Инфекции мочеполовых органов у мужчин. Острый и хронический эпидидимит: этология, клиника, тактика введения. Consilium Medicum 2004; 6: 29-34.
11. Лейтле В. Г., Павлов В. П., Маттухин П. А. Опыт применения физиотерапии в лечении эпидидимита. Вестн. Дерматол. 1990; 55-58.
12. Арбулиев М.Г., Гаджиев Д.П. и др. Диагностика и лечение острого эпидидимоорхита. Урология 2008; 3: 9-52.
13. Миронов В.Н. Методы лабораторного исследования в этиологии острого эпидидимита. Урология. 2003. №4. 36-40.

Acute epididymo-orchitis, causes and methods of treatment.

Esekeev B.B., Matazov B.A., Abdullayev S. Ch, Mirzakulov D.S.

110 patients with acute epididymo-orchitis were examined. 56 patients underwent surgical treatment, 54 patients underwent conservative therapy. As a result of this work it was confirmed that the acute epididymo-orchitis at a young age occur due to chronic infections of the lower urinary tract, also advantage of surgical treatment over conservative therapy was proven.

Keywords: acute epididymo-orchitis, causes, conservative and operative treatments.

УДК 611.66.013:618.29

D.V.Proniaiev ,
Department of Anatomy, Topographic Anatomy and Operative Surgery of Bukovinian State Medical University, City of Chernivtsi

UTERINE ANATOMY OF 7-10-MONTH FETUSES

Abstract. *The anatomically study was conducted on 40 samples of dead fetuses (from 7 to 10 months) without any external signs of anatomical deviations or abnormalities. Thus, in 7-10-month fetuses the ventral-dorsal uterine size enlarges more intensively than the bilateral one. In the period from 7 to 10 months of the intrauterine development the uterine shape changes from grooved to convex. During perinatal period the ovaries descend gradually to the uterine fundus level, or into the rectal-uterine depression.*

Key words: *uterus, fetus, human, anatomy.*

Резюме. *Анатомическое исследование проведено на 40 препаратах трупов плодов (от 7 до 10 месяцев) без внешних признаков анатомических отклонений или аномалий. Установлено, что у плодов 7-10 месяцев вентро-дорсальный размер матки увеличивается интенсивнее чем билатеральный. В период с 7 по 10 месяцы внутриутробного развития форма матки изменяется от желобчатой к выпуклой. В течении перинатального периода происходит постепенное опускание яичников до уровня дна матки, или их погружение в прямокишечно-маточное углубление.*

Ключевые слова: *матка, плод, человек, анатомия.*

In recent years clinical medicine has been approaching to consider more clearly anatomical-physiological peculiarities of age, and apply appropriate methods of diagnostics and treatment. Along with the surgery of the adult and children neonatal surgery, surgery of the elderly and senile ages, and even surgery of fetuses have appeared [3]. Detection of the morphological peculiarities of human ontogenesis is not only of a topical theoretical but an important practical value, as the awareness of the development of the tissues, organs and the body as a whole enables to find a number of pathological diseases, it is the base to improve and elaborate new rational methods of prevention, diagnostics and treatment [6, 1, 5].

Finding accurate and complete data concerning the regularities and sequence of the topographic-anatomical interrelations of the female reproductive organs between themselves and surrounding structures during intrauterine period of human development, specification of time and morphologic preconditions of possible variants of their structure and congenital defects is one of the important directions of anatomical science. Scientific literature contains certain differences in definition of terms concerning embryo appearance and formation of paramesonephral ducts, the time and mechanisms of development of uterine congenital defects. The study of the shape, length and width of the uterine in the dynamics of the fetal period of human ontogenesis is insufficient. Peculiarities of the structure and structural transformations of the uterine remain a topical problem among morphologists and clinicians. Fragmentariness and disembodied scientific research concerning typical and variable anatomy of the uterus stipulate the topicality of the study and necessity of its solution [2, 4].

Objectives: to determine anatomical peculiarities of the uterus during later stages of prenatal ontogenesis.

Materials and methods. The study was conducted on 40 samples of dead fetuses (from 7 to 10 months) without any external signs of anatomical deviations or abnormalities. Within the scope of the contract on scientific cooperation certain specimens of fetuses were studied at Chernivtsi Regional Pathologic Anatomy Bureau. The material was distributed into age groups according to the classification of the human ontogenesis periods approved by the VII All-Union

Conference on the Issues of Age Morphology, Physiology and Biochemistry (Moscow, 1965), periodization of the intrauterine development by G.A. Shmidt (1968), and considering "The Instruction on Detection of the Criteria of Perinatal Period, Live and Stillbirth" adopted by the Order of the Ministry of Public Health of Ukraine dated on March 29, 2006, № 179. The materials were distributed into four groups with 10 specimen each according to the age of fetuses from 7 to 10 months. In the process of conducting the given research up-to-date adequate anatomical and morphostatistical method were combined with the estimated probability of the results obtained including macro- and micropreparation under the control of МБС-10 microscope, injection of vessels with further preparation, contrast angiography and morphometry.

Results. Characteristic signs of the fetal uterus enabling to detect its peculiarities are morphometric parameters, syntopy and the relief of its walls. The uterine shape of the majority of the 7-8-month fetuses examined is flat. In 9-10-month fetuses the uterus becomes rather thick. The ventral-dorsal uterine size in 7-10-month fetuses was found to enlarge more intensively than the bilateral one. The uterus is located in the cavity of minor pelvis, its anterior wall border upon the posterior wall of the urinary bladder, and its posterior wall – upon the anterior wall of the rectum. Umbilical arteries are located on both sides. The ovaries in most cases (19 of 30) are located on both sides from the rectum touching by their lower extremity the posterior uterine wall or one third deep behind the uterus. In 5 cases the ovaries were found to be located entirely behind the uterus. In 4 cases the right ovary was in the ascending position and located in the right inguinal area, in 2 cases the left ovary was located in the left inguinal area respectively. In our opinion, during perinatal period gradual descending of the ovaries to the uterine fudnus takes place, or their lowering into the rectal-uterine depression. It is these processes we have observed while examining 7-10-month fetuses. In all the cases, the uterine vertical axis was somewhat dislocated in the horizontal and frontal planes. In 18 of 30 fetuses examined the uterine vertical axis was deviated ventrally to the left, in 12 cases – ventrally to the right. To our minds, this topographic feature is indicative of a disproportional development of the uterine round ligaments, but it is a norm for this period of development. We consider them to regulate the uterine deviation in any of the side. The uterus is always deviated to the side of a shorter round ligament. In sagittal plane the uterus was deviated forward in all the cases. We have detected peculiarities of dynamic changes of the uterine fundus relief during 7-10 months of the intrauterine development. In 7-month fetuses the relief of the uterine floor was the most variable. In one case (out of ten examined 7-month fetuses) the sulcus along the center of the uterine fundus was found as if dividing the uterus into the right and left portions. This shape of the uterine fundus is known [7] to be characteristic of early fetuses and is the continuation of embryonic morphogenesis processes. In our opinion, the presence of the sulcus is conditionally normal phenomenon for this period of development, although it may be indicative of a moderate retardation of plastic processes. In three cases a tuberculous shape of the uterine fundus was found. This shape is characterized by the presence of two tubercles in the area of orifice which are the remains of the sulcus. In two more cases a convex uterine fundus was seen which is the closest to a definite structure to our mind. In the most of cases (4 out of 10) a flat uterine fundus was found.

In 8-month fetuses a flat shape of the uterine fundus prevailed (6 out of 10). In two cases a convex fundus and in two more cases – a tuberculous one were found. In 9-10-month fetuses 5 cases (out of 10) with a convex shape of the uterine fundus were found, in 4 cases – a flat one, and in one – tuberculous (Fig. 1).

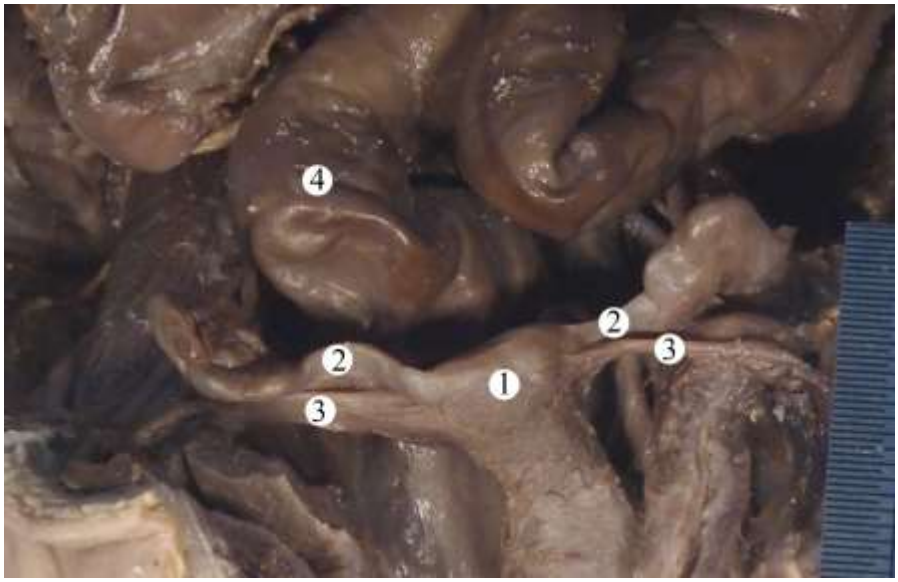


Fig. the internal female genital organs in a fetus, measuring 270.0 mm PCL. A gross specimen. A x 1.5 magnification: 1 – the uterus; 2 – the uterine tubes; 3 – the round ligaments of the uterus; 4 – the sigmoid colon.

Thus, we have found peculiarities of morphogenesis and topography of the uterus and certain female reproductive organs of late fetuses. In the period from 7 to 10 months of intrauterine development the uterine shape changes from grooved to convex. It is an interesting anatomical fact that in 7-month fetuses in some cases there is a convex shape of the uterine fundus. At the same time, there is a grooved shape which can be close to the bicorn uterus. The fetus in this case is viable. We consider examination of anatomical-physiological peculiarities of the uterus during postnatal period of premature delivery to be rather promising.

Conclusion.

1. Thus, in 7-10-month fetuses the ventral-dorsal uterine size enlarges more intensively than the bilateral one. 2. In the period from 7 to 10 months of the intrauterine development the uterine shape changes from grooved to convex. 3. During perinatal period the ovaries descend gradually to the uterine fundus level, or into the rectal-uterine depression.

Perspectives of further studies. Further study of the uterine morphogenesis in newborns and neonates is considered to be essential to prove the items of the given work. The results of our research should be further substantiated on the base of histological findings of the fetal uterus.

Literature

1. Адамян Л.В. Аномалии развития женских половых органов: вопросы идентификации и классификации (обзор литературы) / Л.В.Адамян, Л.Ф.Курило, А.Б.Окулов [и др.] // Проблемы репродукции. – 2010. – № 2. – С. 7-15.
2. Ахтемійчук Ю.Т. Розвиток сечостатевого комплексу в зародковому періоді онтогенезу людини / Ю.Т.Ахтемійчук, В.Ф.Марчук / Актуальні питання вікової анатомії та ембріотопографії: Всеукраїнська наукова конференція // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2006. – Т.5, № 2. – С. 72.
3. Пастернак І.І. Диференційна діагностика природженої гінекологічної патології у практиці дитячого хірурга / І.І.Пастернак, С.О.Сокольник, Б.М.Боднар // Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2010. – Т.9, № 2. – С. 99-100.
4. Приймак С.Г. Використання методів профілактики вроджених вад розвитку плода / С.Г.Приймак // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т.10, № 1. – С. 132-135.
5. Сорокман Т.В. Чинники ризику та поширеність уроджених вад розвитку серед новонароджених дітей / Т.В.Сорокман, М.О.Гінгуляк, В.О.Пікузо, Я.І.Герман // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т.15, №2. –С. 179-182.

6. Якушко О.С. Місце вроджених вад розвитку у структурі перинатальної смертності / О.С.Якушко, Д.В.Тонконіг / Актуальні проблеми сучасної медицини: тези 57 науково-практичної конференції студентів та молодих вчених Національного медичного університету імені О.О.Богомольця з міжнародною участю, 17-20 вересня 2002 року. – Київ, 2002. – С. 16.
7. Hladysh L. Anatomy of the ovaries in early fetuses / L.Hladysh, D.V.Proniaiev, I.Arseniuk / 15th Craiova international Medical Student's Conference. – 2013. – P. 37.

УДК 616.71-002.1-08-089

Эшматов А.Р.,
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г.Бишкек

СОВРЕМЕННОЕ ПОДХОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА

Резюме: *произведен ретроспективный обзор основных методик оперативного и консервативного лечения хронического остеомиелита*
Ключевые слова: *остеомиелит, антибиотикотерапия, микрофлора.*

Корутундусу: *Остеомиелиттин хирургиялык жана консервативдик негизги дарылоо ыкмалары изилденди.*
Негизги сөздөр: *остеомиелит, антибиотикотерапия, микрофлора.*

Актуальность: Хронический остеомиелит является широко распространённым заболеванием, составляя до 6% в структуре патологии опорно-двигательной системы и 7-12% в ряду заболеваний, относящихся к хирургической инфекции, что, несомненно имеет огромное значение как в медицинском так и социальном плане (Барский А.В., 1989; Федоров В.Д. с соавт., 2005; Malcius D. et al., 2009).

Несмотря на огромное количество предложенных методов лечения (оперативного и консервативного плана), актуальность борьбы с ней остается высоким в силу ряда причин. Это утяжеление гнойно-воспалительных осложнений после заведомо сложных травм, резистентность к антибиотикам из-за бесконтрольного применения этих препаратов, неадекватная хирургическая обработка на всех этапах лечения. По данным отечественных и зарубежных авторов, частота неудовлетворительных результатов лечения по-прежнему высока и составляет 12-25%, а рецидивы заболевания отмечаются в 20-40% случаев (Лещенко И.Г., Галкин Р.А., 2003; Усик С.Ф., 2007; Bhavan K.P., 2009). В связи с этим, больные нередко подвергаются оперативным вмешательствам по 5-10 и более раз и остаются неизлеченными десятки лет. При рецидивирующих хронических остеомиелитах длинных трубчатых костей конечностей нередко выполняются ампутации. Частота инвалидизации при хроническом остеомиелите достигает 90%, и это при том, что чаще всего заболеванием поражаются лица мужского пола и преимущественно работоспособного возраста (Амирасланов Ю.А., 2008; Столяров Е.А. с соавт., 2009; KumarJ., 2010).

Одним из важнейших моментов оперативного лечения является - интраоперационная санация костной полости. На современном этапе развития медицины интраоперационная санация костной полости в принципе отвечает требованиям качества. Однако к сожалению, применяемыетрадиционные способы физической и химической антисептики не позволяют
достичь полной стерильности костной полости и мягких тканей, а появление антибиотикорезистентной раневой микрофлоры приводит к рецидиву остеомиелита даже

при идеально выполненной операции (Гостищев В.К. с соавт., 2006; Крочек И.В., 2006; Cierni G., 2006).

Ещё одним усугубляющим фактором являеться то, что у больных с хроническим остеомиелитом на фоне агрессивных воздействий в виде первоначальной травмы, тяжести оперативного вмешательства, хронического воспаления в кости, а так же при применении массивных доз антибиотиков развивается снижение общего иммунитета, изменяется баланс микрофлоры кишечника,а это в свою очередь, в совокупности с другими факторами, способствует быстрому и агрессивному распространению воспалительного процесса, большому числу гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде (Борисов И.В., 2007; Алексеев Д.Г., 2010).

Всё вышеизложенное приводит к необходимости поиска новых способов проведения комплексной терапии этой сложной категории больных, с учётом особенностей этиологии и патогенеза хронического остеомиелита на современном этапе (Кутин А.А., 2006; Еремин А.В., 2006).

Итак рассмотрим основные методы лечения остеомиелита на современном этапе.

Лечение остеомиелита базируется на принципах активного хирургического ведения гнойных ран и сочетает в себе консервативные и хирургические мероприятия.Идеальный вариант лечения - комплексный подход с участием специалистов по химиотерапии, травматологии, гнойной хирургии, пластических хирургов и, при необходимости, других врачей-консультантов.

Многокомпонентное интенсивное лечение в полном объёме проводят больным с общими проявлениями воспаления - сепсисом и обширными ранами. Она включает следующие направления: инфузионная, детоксикационное и антибактериальное лечение гемодинамическая, респираторная и нутритивная поддержка; иммунокоррекция; профилактика тромбозов глубоких вен и образования стресс-язв желудочно-кишечного тракта (Калужская согласительная конференция РАСХИ, июнь 2004).

Хирургическое лечение остеомиелита

В настоящее время оперативноелечение остеомиелитабазируется на нескольких основных общепринятых принципах:

- радикальная хирургическая обработка;
- проведение стабильного остеосинтеза;
- замещение костных полостей хорошо васкуляризованными тканями;
- обеспечение полноценного замещения мягкотканных дефектов.

В зависимости от клинической картины и результатов обследования выполняют различные виды хирургической обработки гнойно-некротического очага. К ним относят:

- секвестрэктомию - операцию, при которой производят иссечение свищевых ходов вместе с расположенными в них свободными секвестрами;
- секвестрнекрэктомию - удаление костных секвестров с резекцией изменённых стенок кости;
- трепанацию длинной кости с секвестрнекрэктомией - обеспечивает оптимальный доступ к секвестрам, расположенным в костномозговом канале; выполняют при мозаичном поражении кости, особенно при гематогенном остеомиелите;
- костно-пластическую трепанацию длинной кости с секвестрнекрэктомией и восстановлением костномозгового канала - показана при внутрикостном расположении гнойно-некротического очага;
- резекцию костей - краевую резекцию проводят при краевой деструкции костной ткани; концевую и сегментарную - при поражении длинной кости более чем на половину её окружности или при сочетании остеомиелита и ложного сустава.

Успех операции во многом зависит от местного лечения, которое направлено на предупреждение реинфицирования раневой поверхности высокорезистентными

госпитальными штаммами микроорганизмов. С этой целью применяют антисептические мази на водорастворимой основе (левосин, 10% мазь с мафенидом, хинифурил, 1% йодопироновая мазь, а также антисептики - 1% раствор йодопирона, 0,01% раствор мирамистина, 1% раствор диоксидина).

Лечение пациентов со стойким, трудно поддающимся лечению хроническим остеомиелитом при наличии несращений и дефектов тканей всегда представляло сложную проблему для клиницистов. Наружный остеосинтез - наиболее безопасный и универсальный способ фиксации при лечении больных с данной формой заболевания.

Наружный остеосинтез при замещении сегментарных дефектов костей при остеомиелите - это продолжение развития метода дозированного чрезкостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза, предложенного Г.А. Илизаровым для замещения сегментарных дефектов длинных костей. Этот метод основан на принципе дистракционного остеогенеза, в результате которого происходит репродукция собственной кости с восстановлением её анатомии и функции.

Адекватное закрытие дефектов мягких тканей вокруг костей - необходимое условие для лечения остеомиелита. При обширных повреждениях и дефектах мягких тканей, по возможности, рану закрывают местными тканями. Существуют следующие методы пластики:

- свободным кожным лоскутом;
- лоскутом на временной питающей ножке (итальянский способ);
- мигрирующим стебельчатым лоскутом по Филатову;
- лоскутом на постоянной питающей сосудистой ножке.

Адекватная хирургическая обработка может оставлять большой дефект в кости, называемый «мёртвым участком». Отсутствие кровоснабжения создаёт условия для последующего развития инфекции. Лечение при наличии мёртвого участка, образованного после обработки, направлено на купирование воспаления и поддержание целостности поражённого сегмента. Цель лечения состоит в том, чтобы заменить мёртвую кость и рубцовые ткани на хорошо кровоснабжаемые. Свободная нёваскуляризованная костная пластика для лечения остеомиелита противопоказана.

Новые перспективы в решении проблемы замещения остаточной костной полости после выполнения радикальной санирующей операции открывает использование современных биокомпозиционных биодеградирующих материалов. Подобные имплантаты служат остовом, предназначенным для прорастания в область дефекта первичных сосудов и остеобластов из костного ложа. Остеокондукторы постепенно подвергаются биологической деградации и замещаются новообразованной костью. Представитель данного класса средств - препарат «Коллапан» - состоит из гидроксиапатита, коллагена и различных иммобилизованных антимикробных средств. В США официально разрешены для клинического применения измельченная аллогенная губчатая кость и сульфат кальция - «Остеосет». Кроме того, отмечено, что значительным потенциалом для клинического использования обладают ещё два препарата - коллагеновая губка и полилактид-полигликолид (PLA-PGA).

Обязательной составляющей комплексного лечения остеомиелита уже более 60 лет остаётся антибактериальное лечение. Антибактериальную терапию остеомиелита, которая по своей сути этиотропна, выбирают на основании ряда факторов - вида возбудителя, его чувствительности к препарату, характеристики лекарственного средства и состояния организма больного. Антибактериальное лечение проводят во всех случаях препаратами широкого спектра действия с учётом видового состава (аэробы, анаэробы) и чувствительности микрофлоры.

Хорошие перспективы при осложнённом течении остеомиелита появились с внедрением в лечебную практику препаратов из группы фторхинолонов, так как они обладают хорошей органотропностью к костям и мягким тканям. Пероральное лечение

фторхинолонами при грамотрицательной инфекции широко используют у взрослых пациентов с остеомиелитом. Фторхинолонами возможно успешно проводить длительные курсы ступенчатой терапии (внутривенно-внутрь). Применение фторхинолонов II поколения (пефлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин) при хроническом остеомиелите менее эффективно, так как эти препараты имеют низкую активность против стрептококков, энтерококкоков и анаэробных микроорганизмов. Хинолоны III поколения (левофлоксацин, гатифлоксацин) активны против стрептококков, но минимально действуют на анаэробы.

В настоящее время накоплен большой опыт использования цефалоспоринов в комплексном лечении больных с острым и хроническим остеомиелитом. Большинство исследователей отдают предпочтение цефтриаксону - цефалоспорину III поколения, устойчивому к бета-лактамазам, широкого спектра действия, действующего на грамположительные и грамотрицательные аэробные и некоторые анаэробные бактерии. Преимущество цефтриаксона перед остальными бета-лактамными антибиотиками - длительный период полувыведения (около 8 ч), что позволяет при однократном введении в течение суток поддерживать его антибактериальную концентрацию. В ряду существующих лекарственных средств для лечения больных на остеомиелит и обширным гнойным поражением мягких тканей при выявлении в ране ассоциаций анаэробных и аэробных микроорганизмов эффективно применение цефалоспоринов III (цефотаксим, цефтриаксон) и IV (цефепим) поколений, карбапенемов (имипенем + циластатин), а также клиндамицина в комбинации с нетилмицином, ципрофлоксацином или диоксидином.

Внедрение в клиническую практику препарата из группы оксазолидонов - линезолида, антибиотика для перорального и внутривенного применения, расширяет возможности лечения больных с остеомиелитом, вызванным высокорезистентными штаммами грамположительной флоры, в том числе метициллинрезистентными стафилококками. Хорошее проникновение линезолида в костную ткань, активность в отношении ванкомицин-резистентных энтерококков ставит этот препарат на первое место при лечении больных с остеомиелитом различной локализации и происхождения, при инфекции после протезирования суставов.

Хотя оптимальные сроки антибактериальной терапии при остеомиелите до настоящего времени чётко не определены, большинство специалистов применяют препараты в течение 4-6 нед. Это связано с тем, что через 4 нед после хирургической обработки наступает реваскуляризация костной ткани. Однако следует отметить, что неудачи не зависят от продолжительности антибактериального лечения, а связаны главным образом с появлением резистентных штаммов или с неадекватной хирургической обработкой. В ряде случаев, когда хирургическое лечение невыполнимо, как, например, при инфекции вокруг ортопедических имплантатов, проводят более длительные курсы подавляющей антибиотикотерапии. Идеальные препараты для этого должны обладать хорошим бионакоплением, иметь низкую токсичность и обладать хорошей органотропностью к костной ткани. Для этого применяют рифампицин в комбинации с другими антибиотиками, фузидиевую кислоту, офлоксацин, ко-тримоксазол. Подавляющее лечение проводят до 6 мес. Если происходит рецидив после прекращения терапии, начинают новый длительный подавляющий режим лечения антибиотиками.

Для предупреждения развития грибковой инфекции наряду с антибактериальными препаратами в каждом случае назначают нистатин, кетоконазол или флуконазол. Для сохранения нормальной экологии кишечника необходимо включение в комплексное лечение монокомпонентных (бифидумбактерин, лактобактерин, бактиспорин, бактисуптил), поликомпонентных (бифилонг, ацилакт, ацинол. линекс, биоспорин) и комбинированных (бифидумбактерин форте, бифилиз) пробиотиков.

Успех лечения при остеомиелите во многом зависит от местной антибактериальной терапии, направленной на предупреждение реинфицирования раневой поверхности

высорезистентными госпитальными штаммами микроорганизмов. Для этих целей в последние годы с успехом применяют:

- антисептические мази на водорастворимой основе - левосин, 10% мазь с мафенидом, 5% диоксидиновую мазь, диоксиколь, стрептонитол, хинифурил, 1% иодопироновую мазь (мазь повидон-йод), мази протогентин и лавендула;
- антисептики - 1% раствор иодопирона (повидон-йод), 0,01% раствор мира-мистина, 1% раствор диоксидина, 0,2% раствор полигексанида;
- пенообразующие аэрозоли - аминитрозол, диоксизоль;
- раневые покрытия: гентацикол, альгипор, альгимаф.

Лечение больных с остеомиелитом диктует необходимость применения не только новых антибактериальных препаратов, но и альтернативных путей их введения. Перспективно использование различных биоимплантатов для доставки антибиотиков непосредственно в кость. На сегодняшний день наиболее распространёнными с доказанной эффективностью носителями антибиотиков признаны небиодеградируемые (ММА-цемент и «Септопал») и биодеградируемые (гентацикол, коллапан, измельчённая аллогенная губчатая кость, «Остеосет») имплантаты. По антимикробной активности эти препараты примерно одинаковы. Главным достоинством биодеградируемых имплантатов служит отсутствие необходимости удаления носителей антибиотика после того, как завершится выделение лекарственных средств.

Литературы:

1. Алексеев, Д.Г. Комплексное лечение хронического остеомиелита с применением рациональной антиинфекционной химиотерапии и иммунокоррекции: автореферат дис. кандидата медицинских наук: 14.00.27 / Д.Г. Алексеев. Самара , 2005 - 22 с.
2. Амирасланов, Ю.А. Выбор хирургической тактики при лечении больных остеомиелитом длинных костей в зависимости от характера поражения / Ю.А. Амирасланов, А.М. Светухин, И.В. Борисов, А.А. Ушаков // Хирургия 2008 -№9 - С.46-50.
3. Барский, А.В. Причины возникновения хронического остеомиелита длинных трубчатых костей / А.В. Барский, Н.П. Семенов, В.Н. Рогачев // Хирургия. -1989. -№8.-С. 7-9.312I
4. Борисов, И.В. Современные методы хирургического лечения остеомиелита длинных костей у взрослых: автореферат дис. доктора медицинских наук: 14.00.27 / И.В. Борисов. Москва, 2007 - 48 с.
5. Гостищев, В.К. Прогнозирование изменений прочности длинных трубчатых костей в хирургии хронического остеомиелита. / В.К. Гостищев, К.В. Липатов, А.В. Писаренко, М.П. Рубин, Е.А. Стан, Е.В. Маракуца. // Хирургия, 2010. №2. - С. 4-6.I
6. Еремин, А.В. Хирургическое лечение хронического гнойного поражения костей и крупных суставов конечностей: автореферат дис. доктора медицинских наук: 14.00.22 / А.В. Еремин. Москва , 2006. - 47 с.
7. Крочек, И.В. Оптимизация методов лечения острого гематогенного и различных форм хронического остеомиелита с помощью высокоинтенсивного лазерного излучения : автореферат дис. доктора медицинских наук : 14.00.27 / И.В. Крочек.- Челябинск , 2006. 47 с.
8. Кутин, А.А. Гематогенный остеомиелит у взрослых / А.А. Кутин, Н.И. Мосиенко. М., 2000. - 223 с.
9. Лещенко, И.Г. Гнойная хирургическая инфекция / И.Г. Лещенко, Р.А. Галкин. - Самара. -2003.-325 с.
10. Столяров, Е.А. Санация послеоперационной костной полости прихирургическом лечении хронического остеомиелита / Е.А. Столяров, А.Г. Сонис, Д.Г. Алексеев // Актуальные вопросы гнойно-септической хирургии: Материалы науч. конф. Красноярск, 2005. -С.80-81.

11. Усик, С.Ф. Остеомиелит: Клиника, диагностика, лечение / С.Ф. Усик, М.М. Федосеев, А.Н. Братийчук, А.Н. Анипченко// Учебное пособие. Саратов, 2007.- 96с.
12. Федоров, В.Д. Современные методы лечения хронического остеомиелита / В.Д. Федоров, Ю.А. Амирасланов // Сборник докладов Всеармейской конференции с международным участием «Инфекции в хирургии — проблема современной медицины» М., 2003. — С.6-9.
13. Bhavan, K.P. Hematogenous vertebral osteomyelitis / K.P. Bhavan, N. Kinnani // Mo Med. 2009, 106(4). P. 277-82.
14. Cierny G. Infected Tibial Nonunion / G. Cierny. Clin. Orthop.~1999. -Vol.360. -P. 97-105.
15. Kumar J. Pelvic osteomyelitis in children / J. Kumar et al. // J Pediatr Orthop B. 2010, 19(1).-P. 38-41.
16. Malcius D. The accuracy of different imaging techniques in diagnosis of acute hematogenous osteomyelitis / D. Malcius et al. // Medicina (Kaunas). 2009, 45(8).-P. 624-31.

Modern approaches of surgical and conservative treatment of osteomyelitis.

Eshmatov A.R.

Bishkek scientific research center of traumatology and orthopedics, Bishkek

Summary: *made a retrospective review of basic techniques of surgical and conservative treatment of chronic osteomyelitis*

Keywords:*osteomyelitis, antibiotics, microflora.*

Правила оформления представляемых рукописей:

1. В журнале “Вестник ОшГУ” публикуются обзорные, проблемные, оригинальные экспериментальные и методические работы по: естественно-техническим, общественно-гуманитарным, медико-биологическим направлениям науки.
2. Статьи представляются тщательно отредактированными, в 2 экземплярах, напечатанные на одной стороне листа через 1,5 интервала (шрифт 14 Times New Roman) на бумаге стандартного формата. К рукописи необходимо приложить диск с файлом статьи в программе Word for Windows или PDF. Рукопись должна иметь направление от учреждения, в котором выполнена работа, подтверждающее, что материалы публикуется впервые. Представляется выписка из протокола заседания кафедры об обсуждении рукописи и рецензия на рукопись.
3. При оформлении статей, содержащих экспериментальные данные, необходимо придерживаться следующей схемы: обзор литературы, обоснование, актуальность, цель исследования, методика (материалы и методы), результаты и обсуждения, выводы.

- УДК, строчными буквами фамилии и инициалы авторов (на кырг., на русск., англ. яз.), город и место работы (на кырг., на русск., англ. яз.), контактные данные (e-mail), название статьи заглавными буквами (на кырг., на русск., англ. яз.), аннотация (на кырг., на русск., англ. яз.), ключевые слова (на кырг., на русск., англ. яз.), основной текст.
- Основной текст набирается (**кегль 14**) после пропуска в одну строку (**кегль 12**) от аннотации. Сокращенные названия в тексте должны быть расшифрованы, нумерация формул производится справа в конце строки в круглых скобках – (1), ссылки на литературу в квадратных скобках – [1]. Формулы и символы (нежирный шрифт) в тексте следует набирать в **редакторе формул Equation Editor**.
- Иллюстрации и таблицы должны иметь названия, законченный вид и располагаться по тексту непосредственно после ссылки. Выравнивание таблиц и рисунков – по центру страницы. Названия иллюстраций не должны включаться в поле иллюстраций. Название иллюстраций и таблиц должны быть набраны с использованием шрифта **Times New Roman (кегль 12)**.
- Список литературы – в конце статьи с отступом в 1 см от основного текста. Желательно, чтобы последняя страница статьи была полностью заполненной.
- Объем статьи – до 10-12 страниц, (страница – 1836 знаков), выполненных в формате А4, со ссылкой на литературу; объем кратких сообщений – 5 стр., обзорных и проблемных статей – 18-20 страниц, включая список литературы. К статье необходимо приложить реферат и краткое резюме на кыргызском, русском и английском языках;
- Шрифт Times New Roman, Tamga KIT (кириллица).
- Размер символа – 14; межстрочный интервал – 1,5; все поля – 25 мм;

4. Информация об авторе: Ф.И.О. всех авторов рукописи полностью, место работы, адрес и телефоны (служебный, домашний, мобильный), адрес электронной почты (e-mail).
5. Датой поступления рукописи считается день получения редакцией окончательного варианта статьи, после исправления замечаний рецензента и ответственного редактора. Рукописи статей редакция не возвращает.

- 1 страница – **100 сомов.**

«ОШ МАМЛЕКЕТТИК УНИВЕРСИТЕТИНИН ЖАРЧЫСЫ»
ИЛИМИЙ ЖУРНАЛЫ

ОшМУнун “Билим” редакциялык басма бөлүмүндө даярдалып, басмадан чыгарылды.

Биздин дарегибиз:	723500, Ош шаары, Ленин көчөсү, 331.
Байланыш телефондору:	(+9963222) 23163, 72061 Факс: (+9963222) 24066
Электрондук дарегибиз:	E-mail: nauka-oshsu@mail.ru Сайт: www.oshsu.kg

Негиздөөчүсү – Кыргыз Республикасынын Билим берүү жана илим министрлиги

Ош мамлекеттик университети

Басууга берилди: 25.05.2015-ж. Форматы: А4
Көлөмү: 26 б.т. Буюртма: №18
Форматы: 210х297 1/8. Нуска: 200 даана